

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Direito universal, política nacional:
O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002

Cristiani Vieira Machado

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva. Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza d'Ávila Viana

Rio de Janeiro

2005

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Direito universal, política nacional:
O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002

Aluna: Cristiani Vieira Machado

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Ana Luiza d'Ávila Viana (coordenadora)

Prof. Dr. Carlos Augusto Grabois Gadelha

Prof. Dr. José Gomes Temporão

Prof. Dr. Mário Roberto Dal Poz

Prof. Dr. Ruben de Araújo Mattos

Rio de Janeiro

2005

Para Alexandre, o companheiro que eu sempre quis ter.

Para Nina e Lia, minhas meninas.

Agradecimentos

O desenvolvimento deste trabalho foi favorecido pela minha experiência em três instituições – a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Ministério da Saúde - e pelo apoio de muitas pessoas.

Existe um termo japonês, *sensei*, que significa “um mestre intelectual para quem se deve algo que não pode ser retribuído.” Não encontro forma melhor de me referir a Ana Luiza, que durante vários anos me motivou com sua competência, generosidade e delicadeza.

Na ENSP iniciei minha formação de sanitarista e para lá voltei com entusiasmo em 2002. Durante a pesquisa de campo, contei com o apoio do Programa de Pesquisa Estratégica, Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (PED 2003) da Escola de Governo em Saúde da ENSP, que viabilizou a realização de viagens e a transcrição de entrevistas. Agradeço à Direção, representada por Antônio Ivo, pelo suporte institucional e especialmente a Chorny, pelo estímulo e troca de idéias.

No Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP encontrei ótimas condições para o desenvolvimento deste trabalho. Minhas companheiras de sala, Luciana, amiga-irmã há muito tempo e Tatiana, nova amiga, tornam o cotidiano mais agradável e mostram como é possível aliar bom humor e seriedade intelectual. Margareth, na Chefia do Departamento, compreendeu minha necessidade de afastamento na reta final. Maria Helena sempre me apoiou, com doçura e sábios conselhos. Meus outros colegas de pesquisa, Fafá, Lígia, Miguel, Alberto (do Departamento de Ciências Sociais), Carla e Carina, seguraram a onda nos momentos difíceis. Também me incentivaram, de diferentes formas, Temporão, Gadelha, Pedro, Creuza, Marina, Vera, Maris, Beth, Scheila, Mônica e Márcia.

A minha formação deve muito ao IMS, onde cursei o Mestrado e o Doutorado e tive a oportunidade de conviver com grandes professores. Agradeço de forma especial a Dadá, por me estimular a explorar novos caminhos; a Ruben, pelas contribuições na discussão metodológica, na leitura da tese e por ensinar a lutar por “valores que merecem ser defendidos”; a Kenneth, pela compreensão; a Noronha, pelo incentivo; a Roseni, pelo companheirismo. Muito aprendi em cursos com Hésio, Fiori, Madel, Sulamis e Kornis.

O período que vivi em Brasília foi de intensa aprendizagem e de conquista de novos amigos. Com Lúcia e Armando compartilhei a experiência de morar em “república” e longos papos sobre as políticas públicas e a vida. Claret, amigo carioca descoberto no Planalto Central, foi um grande parceiro e cúmplice nos tempos da ENAP e do Ministério.

No Ministério da Saúde tive uma ótima experiência profissional entre 2000 e 2002. Novamente agradeço a Dadá, por ter me convencido a ficar lá; aos meus chefes, Maria Helena Brandão e Renilson Rehem, pelo apoio e confiança; e aos colegas do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, com quem muito aprendi.

Na qualificação do projeto, contei com valiosos comentários e críticas de Lígia Bahia, Temporão, Ruben e Roseni.

Aos entrevistados da pesquisa, faço um agradecimento especial por terem compartilhado comigo suas visões e experiências de vida.

No decorrer da investigação, os momentos de troca de idéias com Roberta Oliveira, Lúcia Queiroz e Márcia Fausto estimularam a reflexão. O apoio de Ana Cecília Faveret foi fundamental para o acesso e a compreensão dos dados de financiamento. Durante o levantamento de informações e de referências, contei ainda com a ajuda de Rodrigo Benevides, Valcler Rangel, Lourdes Almeida, Iracema Fermon, Juliano Lima, Danila Barca, Paulo Santa Rosa e Carlos Ocké-Reis.

Agradeço a Andréa Ribeiro, pela competente transcrição de fitas e a Suely Serra, pela cuidadosa revisão do texto final.

A equipe da Secretaria do DAPS – Sônia, Marluce, Carmen, Luzimar, Cecília, Fabiano, Wellington e Sr. João – contribuiu de forma direta e indireta para esse trabalho. Agradeço também o apoio da Secretaria do IMS, em especial de Márcia.

Tenho amigas que fazem o caminho mais leve: Roberta, parceira no riso e no choro e Anna Maria, que me garantiu sossego e bons papos nas tardes em seu consultório.

Andréa, com sua paciência e meiguice, manteve a minha casa em ordem e as minhas filhas felizes, em meio à turbulência; Selma nos ajudou nas horas de sufoco.

A família é, para mim, porto seguro e fonte de afeto. Minha mãe, Neuci, sempre esteve por perto; minha sogra, Mercedes, muitas vezes fez as malas para nos socorrer. Meu pai, Francisco, e meu sogro, Aimoré, sempre estiveram dispostos a ajudar. Sou muito bem servida de avós, Marilda e Luizinha, cuja presença forte me faz sentir menina. E ao ver, com esperança, Maia trilhar seus próprios caminhos, torço para que seu espírito militante e senso de justiça sirvam de inspiração para as irmãs.

Alexandre, a minha sorte de um amor tranqüilo, apoiou este trabalho em todas as suas fases, das mais variadas formas. Mal tenho palavras para dizer como é bom tê-lo a meu lado e contar com seu colo e chamego.

Nina e Lia, por quem sempre esperei, chegaram durante o Doutorado e já conheceram uma mãe apressada e aflita. Seus olhos e carinhos me ampararam e encheram a minha vida de sentido e alegria.

“A causa a que devotei boa parte da minha vida não prosperou. Eu espero que isso tenha me transformado em um historiador melhor, já que a melhor história é escrita por aqueles que perderam algo. Os vencedores pensam que a história terminou bem, porque eles estavam certos, ao passo que os perdedores perguntam por que tudo foi diferente, e essa é uma questão muito mais relevante.”

Eric Hobsbawm

Resumo

O trabalho analisa o papel do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002, considerando o modelo de atuação do Estado na saúde e a direcionalidade da ação estatal, em seus elementos de afinidade ou de distanciamento em relação ao projeto da reforma sanitária brasileira. O enfoque de análise valoriza três dimensões da atuação do Estado na saúde: a econômica, a social e a política. Parte-se do pressuposto que a atuação do Ministério da Saúde brasileiro deve estar orientada pelas finalidades de: (a) busca da prioridade da saúde no modelo de desenvolvimento e de sua inserção em uma lógica abrangente de proteção social; (b) garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); (c) redução das desigualdades e promoção da equidade em saúde.

A metodologia da investigação envolveu diversas estratégias, tais como: realização de entrevistas com atores que participaram da condução da política nacional de saúde; análise documental; análise da execução orçamentária do Ministério; de informações de bancos de dados oficiais e de trabalhos de outros autores sobre temas específicos da política nacional.

A pesquisa aponta que o Ministério da Saúde brasileiro passou por mudanças expressivas no período, influenciadas tanto pela agenda da reforma sanitária quanto pela agenda liberal de reforma do Estado hegemônica nos anos 90 e moldadas por dois movimentos: a unificação institucional do comando nacional sobre a política e a descentralização político-administrativa.

O Ministério desempenhou um papel importante na condução da política nacional de saúde. Houve ampliação da participação de outros atores nesse processo, embora com limitações e assimetrias de poder. No que concerne às funções gestoras, houve uma retração do papel federal na prestação direta de serviços e mudanças no âmbito do financiamento e da regulação. No final dos anos 90, configura-se um modelo caracterizado por forte indução federal sobre estados e municípios e pela adoção de estratégias de regulação de mercados com ênfase na proteção ao consumidor. Em todo o período estudado, não se registra a construção de um projeto positivo para o Ministério da Saúde e nem o planejamento em longo prazo, o que favorece distorções no modelo de intervenção federal.

A análise de três prioridades da agenda do Ministério da Saúde no período - a descentralização, a estratégia de Saúde da Família e a política nacional de combate à AIDS - sugere que o seu desenho nacional a princípio respeita as diretrizes do SUS. No entanto, a expansão dessas políticas em condições desfavoráveis evidencia os problemas da política nacional e sugere limites de governabilidade do Ministério da Saúde. As principais lacunas da ação federal se relacionam aos campos de insumos e de recursos humanos para a saúde, que mobilizam fortes interesses econômicos e são condicionados pelo modelo de desenvolvimento.

Em face de um contexto econômico adverso, os dirigentes do Ministério da Saúde tendem a se adaptar às circunstâncias, predominando na condução das políticas a fragmentação, a postura pragmática e a visão de curto prazo, sem que sejam enfrentados os problemas estruturais do sistema público de saúde.

Palavras-chave: Ministério da Saúde; política nacional de saúde; Sistema Único de Saúde; Administração Pública federal; gestão em saúde.

Abstract

Title: Universal right, national policy: the role of the Ministry of Health in the Brazilian health policy from 1990 to 2002

The thesis analyses the role of the Ministry of Health between 1990 and 2002. It considers the model of action of the State in the health sector and the direction of the state action, considering the elements that are in tune with or are distant from the Brazilian health reform project. The focus of the analysis values three dimensions of the State's action in health: the economic, the social and the political dimensions. It departs from the standpoint that the action of the Ministry of Health of Brazil must be oriented towards: (a) the search for the health priority within the development model and its insertion in a logic of social protection; (b) the guarantee of the principles of the Unified Health System (SUS); and (c) the reduction of inequalities and the promotion of equity in health.

The investigation was based on a methodology that involved different strategies such as: interviews with actors that participated in the implementation of the national health policy, documents review, analysis of the budget of the Ministry and analysis of information deriving from official databases and works from other authors on specific themes of the national policy.

The research points out that the Brazilian Ministry of Health went through important changes during the period, under the influence of the sanitary reform agenda and of the liberal agenda of State reform predominant in the 1990s, and molded by two movements: the institutional unification of the national command over the policy and the political-administrative decentralization.

The Ministry played a major role in the guidance of the national health policy. There was the incorporation of other actors in this process, but there were limitations and power asymmetry. As far as management functions are concerned, the federal role was diminished in terms of the direct rendering of services and there were changes in terms of finance and regulation. At the end of the 1990s, there was a model characterized by strong federal induction of states and municipalities and by the adoption of strategies of market regulation, emphasizing consumer's protection. During the studied period, there is record of neither the construction of a positive project for the Ministry of Health nor a long-term planning effort, which favors distortions in the model of federal intervention.

The analysis of three priorities in the agenda of Ministry of Health in the period – the decentralization, the Family Health strategy and the national policy of AIDS combat – suggests that its national design respects the SUS's principles. However, the expansion of these policies in unfavorable conditions makes evident problems in the national policy and suggests limitations of governability in the Ministry of Health. The main gaps of the federal action relate to the fields of health supplies and health human resources, which mobilize strong economic interests and are conditioned by the development model.

In face of an adverse economic context, managers of the Ministry of Health tend to adapt to the circumstances, making it predominant in the conduction of policies the fragmentation, a pragmatic posture and a short-term vision, not facing the structural problems of the public health system.

Keywords: Ministry of Health, national health policy, Unified Health System, federal Public Administration, health management.

Lista de Quadros, Tabelas e Figuras

QUADROS

Quadro 2.1- Comparação da atuação do Ministério da Saúde e do INAMPS segundo funções de gestão do sistema de saúde, até os anos 80.	75
Quadro 2.2 – Concepções sobre as funções do Estado na saúde no âmbito nacional subjacentes às agendas reformistas dos anos 90.....	78
Quadro 3.1– Papel do gestor federal segundo as normas operacionais do SUS.	92
Quadro 4.1- Renovação ministerial em geral e na saúde, segundo os governos. Brasil, 1990-2002.....	112
Quadro 4.2- Gestões ministeriais na Saúde no período de 1990 a 2002.	114
Quadro 4.3- Caracterização do perfil e da trajetória dos Ministros da Saúde do período de 1990 a 2002.....	115
Quadro 4.4 – Peso dos critérios que influenciam a seleção de Ministros de Estado de Saúde no período de 1990 a 2002.....	119
Quadro 4.5 – Participação do Ministério da Saúde e principais temas debatidos na CIT de 1991 a 2002.....	159
Quadro 5.1.– Características e modelos de descentralização adotados pelo Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002.....	181
Quadro 5.2– Caracterização das principais fases da condução do PSF pelo Ministério da Saúde.	193
Quadro 5.3.– Principais fases e marcos da política nacional de combate à AIDS até 2002.	209
Quadro 6.1.- Situação epidemiológica das doenças transmissíveis no Brasil	240
Quadro 7.1. – Caracterização da função de formulação de políticas e planejamento em saúde pelo Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002.	279
Quadro 7.2.– Indicadores de gastos em saúde em países selecionados – 2001.....	282
Quadro 7.3. – Estratégias de regulação dos sistemas estaduais e municipais de saúde adotadas pelo Ministério da Saúde até o início dos anos 2000	330

TABELAS

Tabela 7.1.– Participação das fontes de financiamento do Ministério da Saúde de 1993 a 2002.	286
Tabela 7.2 - Fontes de financiamento do Ministério da Saúde de 1995 a 2002 (em R\$ nominais).	286
Tabela 7.3. – Execução orçamentária do Ministério da Saúde por principais grupos de despesa de 1995 a 2001.	307
Tabela 7.4. – Execução Orçamentária do Ministério da Saúde por Programas - Comparação entre 1995 e 2002	310

Tabela 7.5.– Recursos federais do SUS per capita por região e comparação entre Ufs com valores extremos de 1997 a 2002.....	314
Tabela 7.6.- Transferências federais do SUS de 1998 a 2002 - valores per capita por modalidades selecionadas de financiamento e região do país.....	316
Tabela 7.7- Distribuição do total de estabelecimentos de saúde segundo esfera administrativa - Brasil, 1990, 1992 a 2002.....	338
Tabela 7.8.- Distribuição do total de estabelecimentos de saúde com internação segundo esfera administrativa- Brasil, 1990, 1992 e 2002.....	338

FIGURAS

Figura 3.1 - Principais mudanças nas regras formais para a ação do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002.	109
Figura 6.1. Distribuição dos gastos do Ministério da Saúde com assistência farmacêutica de 1995 a 2002.....	228
Figura 6.2. Evolução das receitas e despesas da ANS por tipo, de 2000 a 2002.	234
Figura 6.3.- Evolução da execução orçamentária do Ministério da Saúde referente à Vigilância Sanitária de 1996 a 2002 (valores corrigidos pela inflação).....	251
Figura 6.4- Evolução das despesas da ANVISA por fonte de financiamento de 1999 a 2002 (em valores nominais).	252
Figura 6.5- Evolução da produção de medicamentos de Farmanguinhos/FIOCRUZ em nº de unidades produzidas de 1992 a 2002.	263
Figura 7.1.- Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde de 1995 a 2002.....	290
Figura 7.2.– Evolução dos gastos per capita do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde de 1995 a 2002.....	291
Figura 7.3. – Evolução da participação das três esferas de governo no gasto público em saúde – anos de 1992, 1996, 2000 e 2002.	293
Figura 7.4.– Evolução da descentralização dos recursos do Ministério da Saúde de 1994 a 2002 (situação no mês de dezembro de cada ano).....	297
Figura 7.5. – Evolução do número de parcelas das transferências financeiras do Ministério da Saúde a estados e municípios de 1998 a 2002.	302
Figura 7.6- Transferências federais per capita para ações estratégicas, por região, em 2002.	319
Figura 7.7 - Evolução do nº de portarias do Ministério da Saúde de 1990 a 2002... ..	327
Figura 7.8.– Evolução do nº de unidades hospitalares federais de 1992 a 2002.....	337
Figura 7.9.– Evolução do nº de unidades ambulatoriais federais de 1998 a 2002. ..	337
Figura 7.10 - Distribuição dos estabelecimentos de saúde federais segundo regiões do país em 2002.....	339

Lista de Siglas

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRAHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIDS - Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AIS - Ações Integradas de Saúde
AMS – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS - Associação das Pioneiras Sociais
ARV – Medicamentos antiretrovirais
AZT - Zidovudina
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD – Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BPA - Boletim de Produção Ambulatorial
C & T – Ciência e Tecnologia
CAPS - Centros de Apoio Psicossocial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME – Central de Medicamentos
CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia
CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina
CF – Constituição Federal
CGC - Cadastro Geral do Contribuinte
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFINS - Contribuição Social sobre o Faturamento para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONSU - Conselho de Saúde Suplementar
COSEMS-SP – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CSLL – Contribuição sobre o Lucro Líquido
DAB - Departamento de Atenção Básica
DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS

DDGA – Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência
ddI - Didanosina
DESAS - Departamento de Saúde Suplementar
DISOC – Diretoria de Estudos Sociais do IPEA
DPT – Vacina tríplice bacteriana (contra difteria, coqueluche e tétano)
DOU - Diário Oficial da União
DST – Doenças sexualmente transmissíveis
DRU - Desvinculação de Receitas da União
ECD – Epidemiologia e Controle de Doenças
EUA – Estados Unidos da América
EC – Emenda Constitucional
EPU - Encargos Previdenciários da União
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador
FDA – Food and Drugs Administration
FEF - Fundo de Estabilização Fiscal
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FINSOCIAL - Fundo de Investimento Social
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FNDES - Fundo Nacional de Desenvolvimento e Educação
FSE - Fundo Social de Emergência
FSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública
FUNAI - Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FURP - Fundação Remédio Popular de São Paulo
GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
GED – Grupo Especial de Descentralização
HCPA - Hospital das Clínicas de Porto Alegre
Hib – Vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo B
HIV – Vírus da imunodeficiência humana adquirida
HU – Hospital Universitário
IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGP-DI - Índice Geral de Preços- Disponibilidade Interna
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INCA - Instituto Nacional do Câncer
INCOR – Instituto do Coração
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INTEGRASUS - Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde
IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS – Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080, de 1990).
MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado
MF – Ministério da Fazenda
MP – Ministério do Planejamento
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
NAPS - Núcleos de Apoio Psicossocial
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMC - Organização Mundial do Comércio
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações não governamentais
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
OS - Organização Social
OSS - Orçamento da Seguridade Social
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAMs - Postos de Assistência Médica
PASNI - Programa Nacional de Auto-suficiência em Imunobiológicos
PDV - Programa de Desligamento Voluntário
PEC - Proposta de Emenda Constitucional
PFL – Partido da Frente Liberal
PIACM - Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária
PIASS - Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PIS – Programa de Integração Social
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAIDS – Política Nacional de Combate a AIDS
PNI - Programa Nacional de Imunizações
PNUD - Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POF – Pesquisa de Orçamento Familiar do IBGE
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROMED - Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PSF - Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores

REFORSUS - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RENAME - Relação de Medicamentos Essenciais
SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
SE – Secretaria Executiva
SES – Secretaria de Estado de Saúde
SGIS – Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB – Sistema de Informações em Atenção Básica
SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIDOR – Sistema Integrado de Dados Orçamentários
SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIPACS - Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade
SINAVISA – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNAS – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SNVS – Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
SPES – Secretaria de Projetos Especiais de Saúde
SPO – Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
SPS – Secretaria de Políticas de Saúde
SPSA - Secretaria de Políticas de Saúde e Avaliação
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUNAB - Superintendência Nacional de Abastecimento
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSEP – Superintendência de Seguros Privados
SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária
TECPAR - Instituto Tecnológico do Paraná
TRIPS - Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights
TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos
UF – Unidade da Federação
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
URV - Unidade Real de Valor
VE – Vigilância Epidemiológica
VIGISUS – Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
VISA – Vigilância Sanitária

Sumário

<i>Apresentação.....</i>	<i>17</i>
<i>Capítulo 1 - Notas sobre o papel do Estado Nacional no desenvolvimento, na proteção social e na política de saúde.....</i>	<i>29</i>
Modelos de desenvolvimento, Estado e políticas públicas.....	29
O Estado, a proteção social e a saúde.....	40
<i>Capítulo 2 - Descentralização e unificação: moldando o novo Ministério da Saúde. 59</i>	
Descentralização, federalismo e papel do Estado Nacional na saúde	59
Os antigos gestores da saúde e as condições de emergência do novo Ministério da Saúde	71
<i>Capítulo 3 - Lei, normas e estrutura: as regras formais para a ação do Ministério da Saúde.....</i>	<i>81</i>
Papel do novo Ministério da Saúde na Constituição de 1988 e nas Leis da Saúde....	81
As normas operacionais do SUS e as atribuições do Ministério da Saúde.....	89
As mudanças na estrutura do Ministério da Saúde.....	93
<i>Capítulo 4 – O Ministério da Saúde na condução da política nacional de saúde</i>	<i>111</i>
Notas sobre os dirigentes do Ministério da Saúde.....	111
A visão dos dirigentes federais sobre o papel do Ministério da Saúde	127
A relação do Ministério da Saúde com outras áreas do Governo Federal.....	138
A relação do Ministério da Saúde com os gestores estaduais e municipais	155
A relação do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Saúde.....	169
<i>Capítulo 5 – As grandes prioridades da agenda do Ministério da Saúde.....</i>	<i>178</i>
A descentralização como prioridade para o MS – mas qual descentralização?	178
A estratégia federal de Saúde da Família: prioridade para a Atenção Básica?	188
A política nacional de combate à AIDS: prioridade do Estado ou da sociedade?....	201
<i>Capítulo 6 – Os campos de atuação do Ministério da Saúde.....</i>	<i>216</i>
Assistência à Saúde	216
Vigilância epidemiológica (e prevenção e controle de doenças sob vigilância)	239
Vigilância sanitária	246
Desenvolvimento, produção e regulação de insumos para a saúde.....	257
Formação e gestão de profissionais para o SUS.....	268
<i>Capítulo 7 - As funções gestoras do Ministério da Saúde na política nacional.....</i>	<i>276</i>
Formulação de políticas e planejamento	276
Financiamento	280
Regulação	322

Execução de ações e serviços	336
<i>Considerações Finais</i>	341
<i>Relação de Fontes Documentais</i>	360
<i>Referências Bibliográficas</i>	360
<i>Anexos</i>	380
Anexo 1 – Entrevistas: Nota metodológica e relação de entrevistados	380
Anexo 2- Síntese do conteúdo da Lei Orgânica da Saúde relevante para o papel do Ministério da Saúde	385
Anexo 3 – Estrutura regimental do Ministério da Saúde em 1991 e 2002.	387
Anexo 4 – Composição do Conselho Nacional de Saúde em 1990.....	389
Anexo 5- Quadro de dirigentes de primeiro escalão do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002.....	390

Apresentação

“O ornitorrinco capitalista é uma acumulação truncada e uma sociedade desigualitária sem remissão.” Oliveira (2003, p.150).

O Brasil é um país latino-americano, capitalista, federativo, heterogêneo e profundamente desigual. Um “ornitorrinco”, na brilhante metáfora de Francisco de Oliveira: um ser difícil de compreender, improvável na escala evolutiva, que tem limitada possibilidade de avançar; uma combinação de setores desenvolvidos com desigualdade social e pobreza extrema.

Quais são as possibilidades e condições necessárias para a efetivação da saúde como direito de cidadania no caso brasileiro? Ainda que sem a pretensão de responder tal pergunta, este trabalho busca contribuir para a reflexão sobre o lugar e o espaço do direito à saúde na política pública brasileira, a partir da análise da atuação do Ministério da Saúde – a autoridade sanitária nacional - no período de 1990 a 2002.

A definição do ano de início do período de estudo se deve a dois marcos importantes: a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde em março e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde em setembro de 1990. O encerramento do período corresponde ao término do segundo governo Fernando Henrique Cardoso, no fim de 2002.

A escolha do Ministério da Saúde como objeto de análise decorre de inquietações suscitadas pela reflexão sobre os atuais desafios para a política nacional de saúde brasileira, exacerbadas pela atuação profissional da autora em órgãos gestores do sistema de saúde, em particular pela experiência durante três anos no próprio Ministério.

A justificativa para o desenvolvimento de uma pesquisa sobre esse tema se assenta em três argumentos interrelacionados. O primeiro parte na realidade de um pressuposto: os Estados Nacionais têm um papel fundamental na garantia de direitos sociais. No Brasil, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania no fim dos anos 80 ocorre justamente quando se colocam novos desafios para as políticas públicas, relacionados tanto ao aumento das pressões por mudanças no papel dos Estados em face da globalização¹, como pela constatação da crise do modelo de desenvolvimento e de intervenção estatal

¹ A globalização é aqui compreendida como uma nova formatação do capitalismo mundial, de determinações econômicas e políticas, cujo processo é bastante assimétrico entre países e empresas. Ver a propósito os trabalhos reunidos em Tavares e Fiori (1997) e Fiori (1999).

hegemônico no país. A agenda da reforma sanitária brasileira dos anos 80 e as concepções que constam na Constituição de 1988 relativas à Seguridade Social e ao Sistema Único de Saúde pressupõem um modelo de atuação do Estado nas áreas econômica e social bastante diferente daquele proposto pela agenda liberal de reformas hegemônica nos anos 90. A atuação do Estado Nacional na saúde nessa década será pressionada por essas duas agendas conflitantes, entre outros fatores, sendo importante desenvolver esforços no sentido de compreender as possibilidades da política de saúde nesse contexto.

O segundo argumento é que, no início dos anos 90, surge uma nova autoridade sanitária nacional, que pela primeira vez na história brasileira tem (em tese) a responsabilidade de comando único sobre a política de saúde no âmbito federal. Ressalte-se que os termos “autoridade sanitária nacional” e “gestor federal da saúde” são utilizados ao longo do trabalho para designar o Ministério da Saúde, órgão executivo responsável pela condução da política nacional de saúde a partir de 1990.

A instituição do Sistema Único de Saúde e a unificação do comando sobre a política de saúde evidenciam que o papel a ser desempenhado pela nova autoridade sanitária é substancialmente diferente do anterior, exigindo mudanças nas funções, atribuições, estrutura e lógica de atuação do Ministério da Saúde nos anos subsequentes.

Além disso, as transformações no papel e atuação do Ministério no período estudado são influenciadas por diferentes variáveis: (a) as interfaces entre as agendas de reforma setorial (de construção do SUS) e a agenda liberal de reforma do Estado; (b) o legado institucional prévio representado pelas lógicas de atuação dos antigos gestores nacionais da saúde: o Ministério da Saúde “pré-SUS” e o INAMPS; (c) o peso político do Ministério da Saúde, configurando um *locus* potencial de expressão das políticas e prioridades dos sucessivos governos e dirigentes federais, que por sua vez interagem e são influenciados por outros atores incorporados à cena política no contexto democrático.

Em síntese, em um contexto complexo de mudanças, marcado pela interação de atores, interesses, projetos e agendas com diferentes sentidos, é relevante empreender um esforço de análise da direcionalidade de ação do Ministério da Saúde, buscando compreender de que forma esta se aproxima ou se distancia da finalidade de concretização da saúde como direito de cidadania. Ressalte-se que, embora esta pesquisa não tenha como objetivo central comparar as diversas gestões ministeriais, a interação “política de Estado – projeto de governo” representa um ponto crítico para a análise da atuação do Ministério da Saúde, valorizado ao longo do trabalho.

O terceiro argumento se relaciona à identificação de uma certa lacuna no desenvolvimento de estudos abrangentes sobre o papel do Estado no âmbito federal na política de saúde no período recente. Face à complexidade do setor saúde e às aceleradas mudanças nos anos 90, as pesquisas e análises sobre o SUS nos últimos anos têm privilegiado áreas ou campos específicos da atuação do Estado na saúde, determinadas políticas ou programas, os processos de descentralização, experiências de gestão e de atenção no plano estadual ou local. Tais trabalhos têm grande importância para a compreensão da condução, da implementação e dos resultados das políticas de saúde, mais gerais ou específicas, em vários âmbitos. No entanto, também são necessários esforços de análises mais integradas sobre a política nacional, ainda mais em tempos de preponderância das idéias liberais e de questionamento do papel do Estado Nacional.

Se os argumentos apresentados indicam a relevância do objeto, cabe explicitar as principais questões que nortearam a investigação. A primeira é a seguinte: quais foram as características de atuação do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002, no que diz respeito ao modelo de intervenção e às funções do Estado na saúde? Uma segunda questão pode ser assim formulada: qual foi o papel exercido pelo Ministério da Saúde na política nacional de saúde no período, em termos da direção e das finalidades de atuação do Estado na saúde?

No decorrer da pesquisa, uma terceira questão, mais situada na esfera da governabilidade, mostrou-se relevante, embora a pesquisa não tenha sido desenhada para respondê-la: quais são os limites e as possibilidades de o Ministério da Saúde definir os rumos da política de saúde brasileira?

O desenho metodológico inicialmente proposto se baseou principalmente nas duas primeiras questões. A opção por um recorte abrangente de análise da atuação do Ministério da Saúde em termos de escopo (a política nacional como um todo) e de tempo (o período de 1990 a 2002) trouxe desafios e dificuldades próprias, exigindo a combinação de diversas fontes de pesquisa. A realização de entrevistas com atores que participaram da condução da política nacional de saúde no período de 1990 a 2002 teve grande importância na investigação². No entanto, tendo em vista as limitações desse tipo de estratégia metodológica³, outras fontes primárias foram utilizadas, com destaque para a análise documental (leis federais, normas e portarias ministeriais selecionadas, documentos

² A nota metodológica relativa às entrevistas e a relação de entrevistados constam no Anexo 1.

³ Para uma discussão das possibilidades, limitações e cuidados necessários na utilização de entrevistas, ver Seldon e Pappworth (1983), Hall (1991), Amado e Ferreira (1998) e Bordieu (2001).

oficiais do Ministério da Saúde, sumários da Comissão Intergestores Tripartite) e a análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde. Ademais, foram fundamentais o acesso a informações de bancos de dados oficiais e o recurso a um grande número de trabalhos de outros autores sobre áreas e temas específicos da política nacional.

Ainda assim, cabe assinalar que houve lacunas significativas no âmbito das fontes e da análise propriamente dita e que a pesquisa não pode ser interpretada como um balanço exaustivo de atuação do Ministério da Saúde, visto que várias questões relevantes para o SUS são tratadas ao longo do trabalho de forma resumida ou superficial e outras tantas sequer são abordadas. Pode-se dizer que na prática a investigação assumiu um caráter bastante exploratório.

Feitas essas considerações iniciais, cabe apresentar a estrutura geral do trabalho, em conjunto com a discussão das principais questões teórico-metodológicas pertinentes ao seu desenvolvimento.

O **primeiro capítulo** traz os elementos teóricos e contextuais que servem de pano de fundo para a reflexão sobre o papel e a atuação do Ministério da Saúde que perpassa o conjunto do trabalho. Parte-se de uma breve discussão sobre a relação entre modelo de desenvolvimento e papel do Estado nas políticas públicas, que procura situar a especificidade do modelo de desenvolvimento brasileiro, em suas dimensões econômica, social e política, bem como destacar os desafios colocados para o Estado no Brasil ao final do século XX, quando aumentam as pressões relacionadas às transformações econômicas mundiais e ao diagnóstico interno de crise do Estado.

A seguir, é feita uma análise sobre as possibilidades de configuração da proteção social no caso brasileiro, considerando as experiências de outros países e as especificidades da configuração das políticas sociais e de saúde no Brasil.

No **segundo capítulo** são abordados alguns desafios para a reconfiguração do papel do Estado na condução da política de saúde no âmbito federal nos anos 90, quando o Ministério da Saúde passa por um processo de redefinição institucional em face de dois movimentos intensos: a unificação do comando nacional sobre a política e a descentralização político-administrativa, em um contexto federativo e democrático. Isso é importante porque, se a partir de 1990 pode-se dizer que existe uma só autoridade sanitária nacional, fruto da unificação do comando sobre o sistema no plano horizontal, por outro lado o processo de descentralização fortalece na cena política setorial milhares de outras autoridades sanitárias - os gestores estaduais e municipais da saúde - implicando em uma divisão de comando no plano vertical. Assim, os processos de unificação institucional e

descentralização em saúde impulsionam e condicionam mudanças no papel da autoridade sanitária nacional.

Quanto à descentralização, são apresentados nesse capítulo elementos para a reflexão sobre os desafios colocados por esse processo para o gestor federal da saúde no caso brasileiro, a partir da consideração de estudos comparativos internacionais sobre federalismo e políticas de saúde e das especificidades do federalismo no Brasil. No que tange à unificação do comando, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde sinaliza o encontro de dois órgãos gestores pré-SUS que seguiam lógicas distintas, cuja breve consideração é importante para a análise das características de atuação do novo Ministério da Saúde no período estudado.

As interfaces entre o modelo de desenvolvimento, o sistema de proteção social, a questão federativa e o papel do Estado na saúde, discutidas nos dois primeiros capítulos da tese, representam o ponto de partida para a análise sobre a atuação do Ministério da Saúde empreendida ao longo do trabalho.

A opção por esse enfoque evidencia a valorização de três dimensões na análise do papel do Estado na saúde: a econômica, a social e a política. Além disso, baseia-se em um pressuposto: a atuação do Ministério da Saúde deve estar orientada por determinadas finalidades que, no caso brasileiro, considerando as características do país e a afirmação da saúde como direito de cidadania, devem englobar no mínimo: (a) a busca da prioridade ética da saúde no modelo de desenvolvimento e de sua inserção em uma lógica abrangente de proteção social; (b) a garantia dos princípios do SUS no âmbito nacional; (c) a redução das desigualdades/ promoção da equidade social e em saúde.

No **terceiro capítulo**, são analisadas as principais regras formais que regem a atuação do Ministério da Saúde de 1990 a 2002. Parte-se da análise do marco constitucional-legal do SUS do início da década para identificar o papel a ser assumido pela autoridade sanitária nacional na condução unificada da política de saúde a partir de 1990.

Nos anos subseqüentes, outros tipos de regras condicionam e/ou refletem mudanças no papel e na atuação do Ministério da Saúde. Desta forma, opta-se por analisar o conteúdo das Normas Operacionais do SUS no que se refere ao papel do gestor federal, pela sua importância na definição das diretrizes de descentralização e das atribuições das diferentes esferas de governo, que de forma direta ou indireta, repercutem sobre o Ministério da Saúde. Além disso, como assinalado no referido capítulo e retomado em outros pontos do trabalho, as normas operacionais, ainda que sem força legal, representam um instrumento

federal de regulação da política de saúde que também reflete um certo *modus operandi*, ou a lógica de atuação do Ministério da Saúde nos vários momentos.

Nesse capítulo são ainda mapeadas as principais alterações na estrutura administrativa e regimental do Ministério da Saúde ao longo do período, que resultam de uma combinação de influências das mudanças mais gerais na administração federal, peculiaridades dos campos de ação do Estado na saúde e prioridades dos dirigentes federais do período.

As principais fontes de pesquisa utilizadas para a elaboração desse capítulo foram a legislação e documentos formais pertinentes - Constituição Federal, leis selecionadas, decretos de definição da estrutura do Ministério, normas operacionais do SUS -, além do apoio de outras fontes primárias (entrevistas, sumários da Comissão Intergestores Tripartite) e secundárias (trabalhos de outros autores).

O **quarto capítulo** aborda o processo de condução da política nacional de saúde pelo Ministério da Saúde, valorizando o papel dos dirigentes federais e de outros atores envolvidos na política nacional, assim como as relações e os arranjos político-institucionais estabelecidos na condução da política. Algumas indagações que nortearam a análise empreendida nesse capítulo foram: quem ocupa a direção do Ministério da Saúde no período em questão? Como se dá a distribuição de poder e articulação interna no Ministério para a condução da política nacional? Que tipo de visão sobre o papel do Ministério orienta os dirigentes do período? Como se dá a articulação do Ministério com os outros atores? Qual o grau de poder do Ministério sobre a condução da política nacional, em relação aos outros atores?

Tais questões foram tratadas em dois blocos. O primeiro enfoca a equipe de direção do Ministério da Saúde, com destaque para o perfil dos ministros e a visão dos dirigentes federais sobre o papel do gestor federal na política nacional de saúde. O segundo bloco diz respeito à análise da articulação do Ministério com alguns grupos de atores que tiveram influência e/ou participação destacada na condução da política nacional no período do estudo particularmente – mas não somente - por meio de canais institucionais. Desta forma, privilegiou-se a discussão das relações do Ministério da Saúde com: (a) outras áreas do governo federal; (b) os gestores estaduais e municipais de saúde; (c) o Conselho Nacional de Saúde. As relações do Ministério da Saúde com outros Poderes e com os segmentos do setor privado, em que pese sua importância, não constituem objeto do presente estudo e são apenas tangencialmente abordadas ao longo do trabalho.

Entre as várias estratégias de pesquisa relevantes para a elaboração desse capítulo, destaca-se a realização de entrevistas com atores que participaram da condução da política nacional de saúde no período de 1990 a 2002. As entrevistas foram importantes como fontes auxiliares de informação ao longo de todo o trabalho, mas somente no quarto capítulo são utilizadas algumas citações diretas de falas dos atores, no sentido de favorecer a compreensão sobre dois aspectos: a visão dos dirigentes sobre o papel do Ministério da Saúde e a percepção dos entrevistados sobre as relações entre o Ministério da Saúde e outros atores envolvidos na política nacional.

O **quinto capítulo** discute as grandes prioridades da agenda do Ministério da Saúde no período estudado. O conceito de agenda adotado é o de Kingdon (1995): uma relação de temas ou problemas que, em um dado momento, mobilizam seriamente a atenção dos dirigentes governamentais e de pessoas fora do governo associadas a esses dirigentes⁴.

Cabe ressaltar que o termo agenda também tem sido utilizado em sentido mais amplo. Já se apontou que, nos anos 90, duas “macro-agendas” reformistas conflitantes têm repercussões sobre as políticas de saúde: a agenda da reforma sanitária brasileira e a agenda liberal de reforma do Estado. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, como gestor nacional do SUS e na interação com os outros atores da política nacional – governamentais e não governamentais, setoriais e extra-setoriais – constrói e busca implementar sua agenda de políticas de saúde. Sintetizando, dado um conjunto de possibilidades, influenciado pela trajetória prévia da política da saúde, pelas diretrizes da reforma sanitária brasileira, pela agenda de reforma do Estado nacional, pelo projeto do Governo Federal, pelas preocupações e interesses dos dirigentes, pela interface entre os vários atores atuantes no âmbito da política nacional, o Ministério da Saúde realiza escolhas e define prioridades de atuação.

Desta forma, o quinto capítulo enfoca três políticas priorizadas pelo Ministério na maior parte do período de 1990 a 2002, perpassando várias gestões ministeriais: (1) a descentralização; (2) o Programa de Saúde da Família; (3) a política de combate à AIDS.

A identificação dessas três grandes prioridades foi feita a partir de um conjunto de estratégias metodológicas: (a) a análise do discurso dos entrevistados; (b) a análise documental; (c) a evolução da execução orçamentária do Ministério da Saúde; (d) a análise

⁴ O autor apresenta uma abordagem para a análise do processo de formação de agendas governamentais de implementação de políticas públicas. Uma análise exaustiva do processo de formação da agenda do Ministério da Saúde foge ao escopo deste trabalho, mas alguns conceitos adotados pelo autor são úteis para este estudo.

de sistemas de informações em saúde; (e) a consideração dos temas e políticas que mais mobilizaram o Ministro e dirigentes de primeiro escalão com maior poder, em termos de tempo, dedicação, articulação política e/ou exposição pública. A combinação dessas estratégias visou assegurar maior consistência na identificação das principais prioridades do Ministério da Saúde no período estudado.

O capítulo aborda peculiaridades dessas três políticas que permitem caracterizá-las como prioritárias, assim como as variáveis que favorecem seu destaque na agenda do gestor federal. No decorrer da análise da estratégia de condução dessas políticas, buscam-se elementos para a compreensão da direcionalidade da ação federal, das possibilidades e das limitações da atuação do Ministério da Saúde, na conjuntura político-econômica dos anos 90.

Cabem aí três ressalvas. A primeira é que, não sendo o Ministério da Saúde monolítico, existem temas e políticas que são prioritários para alguns grupos e dirigentes, mas não para outros, dentro do próprio Ministério. Os diferentes atores federais (dirigentes e grupos técnicos de várias áreas) podem ter prioridades diversas e não atuam de forma isolada, sendo influenciados por outros atores da política nacional. O fato de uma política emplacar como uma prioridade institucional em um dado momento depende de elementos do contexto, da correlação de forças interna e externa ao Ministério, e das opções dos dirigentes com maior poder decisório, geralmente o próprio Ministro, o Secretário Executivo e o Secretário de Assistência à Saúde. Neste trabalho são destacadas somente as principais prioridades institucionais e não as prioridades de grupos específicos que não chegam a ter destaque na agenda principal do Ministério da Saúde.

A segunda observação é que existem políticas que se tornam prioridades e perpassam várias gestões ministeriais (como é o caso das selecionadas para análise), enquanto outras políticas são prioritárias em alguns momentos, em uma dada gestão ou governo. Como o objetivo deste trabalho não é fazer uma comparação entre as várias gestões ministeriais, o quinto capítulo enfoca somente as três políticas que apresentaram maior continuidade entre as gestões e tiveram destaque na agenda principal do Ministério da Saúde durante parte expressiva do período estudado, enquanto aquelas priorizadas em uma gestão específica são abordadas no capítulo seguinte.

A terceira observação – que por sinal pode ser extrapolada para o conjunto do trabalho - é que a discussão empreendida no capítulo se restringe aos aspectos relativos à condução das políticas, não enfocando o processo de implementação e muito menos os seus resultados.

O **sexto capítulo** trata dos campos de atuação do Ministério da Saúde no período analisado, retomando o debate sobre as especificidades da ação do Estado na área da saúde. Cabe ressaltar que a definição de campos de atuação em saúde não é simples nem consensual, envolvendo uma série de embates teórico-conceituais e políticos, cuja exploração foge ao escopo deste trabalho. Vários tipos de abordagens e delimitações são possíveis, mas sempre haverá sobreposições entre os campos. Isso não só é compreensível como de certa forma desejável, considerando os esforços do movimento sanitário brasileiro de superação das dicotomias anteriormente marcantes no sistema de saúde - por exemplo, entre individual e coletivo; entre prevenção e tratamento; entre estratégias universais e ações focalizadas; entre o social e o econômico – e de transformação do modelo de atenção à saúde.

A delimitação (em algum grau arbitrária) dos campos de atuação do Ministério da Saúde pode ter diferentes pontos de partida ou tipos de ênfase: (a) debates teórico-conceituais sobre o campo da saúde/ da atenção à saúde; (b) o marco constitucional-legal e outras definições normativas; (c) a estrutura administrativa do Ministério; (d) a observação empírica da atuação do Ministério no período. A escolha metodológica feita neste trabalho privilegia a pesquisa empírica, mas considera outros aportes.

No âmbito conceitual, Paim (2004) adota o termo “atenção à saúde” em sentido bastante amplo, apontando que o seu exame pode se dar a partir de dois enfoques: (1) como resposta social aos problemas e necessidades de saúde, inserindo-se no campo disciplinar da política de saúde, em que podem ser identificadas as ações e omissões do Estado; (2) como um serviço compreendido no interior dos processos de produção, distribuição e consumo, inserido no setor terciário da economia, dependendo de processos que perpassam os espaços do Estado e do mercado. Essa conceituação considera, além da dimensão social, a dimensão econômica do setor saúde, ressaltando que o sistema de serviços de saúde é alvo de pressões para consumo de mercadorias, que podem ou não ser necessárias para o atendimento das necessidades. Ao ampliar o conceito, o autor alerta para todo um campo que necessariamente deve ser objeto de atenção do Estado na condução da política pública de saúde, indo ao encontro das preocupações que norteiam este trabalho.

As diretrizes constitucionais e legais referentes à saúde têm implicações para o escopo e a forma de organização da atuação do Estado na área que também merecem consideração. A concepção ampla de saúde, a ser garantida mediante políticas econômicas e sociais abrangentes, inserida na lógica de Seguridade Social, sinaliza a importância de intervenção estatal em vários âmbitos relevantes, além dos limites estritamente setoriais. A

Lei Orgânica da Saúde, de 1990, usa a expressão “campo de atuação do SUS” para se referir às áreas em que os gestores do SUS devem atuar de forma mais direta ou por meio de articulação com outras áreas de governo. No plano das definições normativas e regimentais, vale ainda apontar a tentativa da Norma Operacional Básica de 1996 de definir os “campos de atenção à saúde” e as mudanças na estrutura administrativa operadas ao longo da década, que refletem em alguma medida as áreas de atuação propostas para o Ministério da Saúde. Tais regras formais - tratadas no Capítulo 3 - fornecem pistas para a delimitação dos campos de atuação do Ministério da Saúde.

Em uma perspectiva didática, a atuação do Estado na saúde pode ser compreendida em dois planos de análise, com implicações para o papel do Ministério da Saúde. O primeiro é o plano dos *campos típicos de atenção à saúde* (assistência, vigilâncias), que compreende as áreas e as atividades mais diretamente voltadas para o atendimento das necessidades sociais de saúde, em geral sob responsabilidade principal da autoridade sanitária da saúde. É possível identificar esforços de reformulação teórico-conceitual e operacional desses campos antes e durante a implantação do SUS, relacionados à luta pela mudança do modelo de atenção, com expressão no âmbito local e repercussão mais limitada sobre o Ministério da Saúde.

Um segundo plano de análise mais abrangente engloba, além dos campos típicos da atenção à saúde, *outros campos de atuação do Estado na saúde* (desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, a política industrial para o setor saúde, a provisão de insumos, a formação de recursos humanos e a regulação dos vários mercados em saúde), estratégicos em uma política pública voltada para a garantia da saúde como direito social de cidadania. O desenvolvimento de políticas nessas áreas em geral extrapola o âmbito de ação exclusiva da autoridade sanitária nacional. No entanto, a atuação combinada do Ministério da Saúde nos vários campos é importante para assegurar a orientação dessas políticas para o atendimento das necessidades sociais de saúde, configurando uma concepção ampliada sobre a política de saúde, em sua dimensão social, econômica e de poder.

Considerando a complexidade desse debate e as dificuldades conceituais e operacionais subjacentes, a análise é empreendida em uma perspectiva exploratória. À luz da pesquisa empírica realizada, assim como das definições legais e da literatura sobre o papel do Estado na saúde, busca-se compreender quais foram os campos de atuação do Ministério da Saúde no referido período, identificando tanto as principais áreas de atividade quanto as lacunas mais evidentes de atuação do gestor federal em cada um.

Ressalte-se que os campos são intimamente relacionados, havendo sobreposições e interdependência entre eles, sendo que tais divisões não são estanques, mais sim fruto de construções e processos históricos.

Os campos de atuação do Ministério da Saúde abordados no sexto capítulo são: (1) Assistência à saúde (incluindo a regulação da assistência médica suplementar); (2) Vigilância epidemiológica (e prevenção e controle de doenças sob vigilância); (3) Vigilância sanitária; (4) Desenvolvimento, produção e regulação de insumos para o setor saúde; (5) Formação e gestão de recursos humanos para a saúde.

O sétimo capítulo procura fazer uma caracterização e um balanço das funções gestoras do Ministério da Saúde na política de saúde de 1990 a 2002. O termo “funções gestoras” é adotado para indicar as funções de Estado no sistema de saúde - no caso, as exercidas no âmbito nacional pelo Ministério da Saúde – considerando que, no SUS, o termo “gestor da saúde” remete à concepção ampla de autoridade sanitária, cuja atuação envolve um conjunto de compromissos, responsabilidades, atribuições e atividades, de natureza política e técnico-administrativa, em uma permanente interação com outros entes governamentais e não - governamentais.

As quatro grandes funções gestoras consideradas para efeito desta análise são: (a) formulação de políticas e planejamento; (b) financiamento; (c) regulação; (d) execução direta de ações e serviços de saúde.

Pode-se dizer que a configuração dessas quatro funções gestoras expressa um dado modelo de intervenção do Ministério da Saúde no âmbito nacional. A análise das mudanças observadas em cada uma dessas funções e na articulação entre elas no período de 1990 a 2002 é portanto importante para a compreensão das transformações no papel do Estado na política nacional de saúde no período.

Já a incorporação a essa análise de questões relativas ao *processo de condução da política* e ao *conteúdo substantivo das políticas*- expresso nas prioridades da agenda e nos campos de atuação do Ministério –, abordadas nos capítulos anteriores, pode fornecer elementos adicionais para a compreensão da direcionalidade da ação federal na saúde. Embora a complexidade desses temas tenha exigido o seu tratamento em capítulos separados, a análise das funções gestoras empreendida no sétimo capítulo busca de alguma forma considerar os temas tratados nos capítulos anteriores.

Diversas estratégias de pesquisa foram importantes na elaboração desse capítulo, com destaque para a análise de documentos oficiais, de dados orçamentários e financeiros do Ministério da Saúde, das entrevistas e de trabalhos de outros autores.

Nas considerações finais, são alinhavados alguns argumentos apresentados ao longo do trabalho e retomadas as questões inicialmente formuladas, à luz da pesquisa realizada. Procura-se ainda identificar os principais dilemas e desafios a serem enfrentados pelo Ministério da Saúde brasileiro para a concretização da saúde como direito de cidadania, neste conturbado início do século XXI.

Capítulo 1 - Notas sobre o papel do Estado Nacional no desenvolvimento, na proteção social e na política de saúde

Este capítulo visa mapear sinteticamente as principais características do padrão de intervenção do Estado no Brasil, buscando identificar elementos teórico-metodológicos que apoiem a análise da atuação do Ministério da Saúde na política nacional de saúde no período de 1990 a 2002.

O primeiro item traça uma discussão sobre a relação entre modelo de desenvolvimento, papel do Estado e políticas públicas, seguida no segundo item por uma análise sobre as possibilidades de configuração da proteção social no caso brasileiro. Procura-se ainda ao longo do capítulo considerar as principais peculiaridades e a inserção da política de saúde nesse debate.

Modelos de desenvolvimento, Estado e políticas públicas

O vencedor do prêmio Nobel de economia Amartya Sen divide as teorias de desenvolvimento em dois grandes grupos (Sen, sem data). Um primeiro grupo seria constituído por teorias que defendem um certo nível de sacrifício como inerente e necessário ao processo de desenvolvimento dos países. Nesse grupo se situariam, por exemplo, aquelas concepções que contrapõem e advogam a precedência do “interesse nacional” sobre questões de direitos de grupos ou direitos individuais de várias formas, podendo servir para justificar situações de autoritarismo político ou de crescimento econômico sem redistribuição de renda e dos benefícios sociais.

Um segundo grupo seria representado pelas teorias que admitem uma combinação virtuosa entre desenvolvimento, liberdades individuais e maior igualdade social e valorizam políticas públicas que promovam uma interação e sintonia entre desenvolvimento e bem-estar da população. A adoção de teorias desse tipo implica em uma concepção ampliada de desenvolvimento, para além dos aspectos estritamente econômicos, e a recusa a estratégias de supressão das liberdades individuais e de sacrifícios sociais em prol do crescimento econômico. Em outras palavras, envolve a associação entre desenvolvimento econômico, democracia e bem-estar social.

Ainda que nem sempre seja possível ouvir dos governantes de um país a manifestação explícita de escolha por uma dada teoria de desenvolvimento, não é difícil identificar na história do capitalismo brasileiro o caráter hegemônico de concepções e

práticas que se enquadram no primeiro grupo de teorias, seja na forma do desenvolvimentismo da era Vargas ou do “Brasil potência” do regime militar, quando a frase “crescer o bolo para depois dividir”⁵ ganhou notoriedade como expressão da precedência do crescimento sobre a redistribuição. Mais recentemente, a partir da década de 1990, o projeto de liberalização econômica, pautado na abertura comercial, priorização da estabilidade monetária e expansão dos mercados em várias áreas, tem implicado em sacrifícios sociais, na persistência do quadro de desigualdades e na conclamação à sociedade brasileira por aguardar que o processo de estabilidade gere frutos positivos futuramente.

Mas como o capitalismo brasileiro assumiu as características atuais? Como o Brasil se tornou um dos países mais desiguais e socialmente injustos do mundo?

A especificidade do capitalismo brasileiro já foi estudada por diversos autores, com enfoques variados. À contribuição dos estudos da Comissão Econômica para a América Latina – CEPAL- sobre a inserção dos países latino-americanos no capitalismo mundial⁶ se somam trabalhos que criticam as limitações da abordagem cepalina e/ou procuram apreender os fatores internos que conferem alguma especificidade ao capitalismo no Brasil.

Um aspecto freqüentemente criticado no pensamento cepalino diz respeito à visão dicotômica entre modernidade e atraso e a idéia de que a industrialização seria o caminho unívoco para superação do atraso, por meio da soberania nacional e da redução da miséria. No caso brasileiro, sabe-se que durante vários anos houve industrialização e crescimento, porém sem eliminação da vulnerabilidade externa e das desigualdades. Os autores da “teoria da dependência” procuraram explicar, com diferentes enfoques⁷, os condicionantes e limitações ao desenvolvimento brasileiro com ênfase nos aspectos relacionados à inserção internacional dos países latino-americanos em geral e do Brasil em particular.

⁵ A frase é atribuída a Delfim Netto, que ocupou cargos importantes na área econômica durante o regime militar, incluindo o cargo de Ministro do Planejamento na fase do “milagre econômico”.

⁶ A CEPAL produziu nas décadas de 50 e 60 uma série de trabalhos sobre o desenvolvimento dos países latino-americanos e influenciou de forma substantiva o pensamento econômico na região e no Brasil. Para uma síntese do quadro analítico da CEPAL e de sua influência no debate desenvolvimentista brasileiro, ver Bielshowsky (2004). Já Fonseca (2004) discute as origens do desenvolvimentismo no Brasil no plano teórico e histórico, destacando como suas correntes precursoras: os nacionalistas, os defensores da indústria, os papelistas e os positivistas.

⁷ Santos (2000), ao realizar um balanço da teoria da dependência, destaca as diferenças entre suas correntes teóricas e sugere que a teoria da dependência seria de certa forma uma predecessora das teorias de sistemas mundiais. No entanto, um dos autores mais conhecidos da teoria dos sistemas mundiais, Wallerstein (1999) é bastante crítico em relação à teoria da dependência. Outro autor consagrado, Arrighi (1996), praticamente não aborda a questão da América Latina em suas análises sobre o sistema mundial. Grosso modo, pode-se dizer que as teorias do sistema mundial não abordam as especificidades dos países periféricos.

Outros autores, ainda nos anos 70, procuram identificar as especificidades do capitalismo brasileiro retomando a importância dos fatores internos. É assim que Cardoso de Mello (1986) identifica no “capitalismo tardio” brasileiro tanto restrições relacionadas ao seu caráter retardatário e tipo de inserção internacional, como variáveis internas, relacionadas ao passado colonial, à forma de transição para o capitalismo, à trajetória da industrialização, às características da burguesia nacional e das suas relações com o Estado e o capital internacional. O autor salienta a formação no país de um tipo específico de capitalismo, refutando tanto as visões evolucionistas de etapas sequenciais do desenvolvimento capitalista a serem percorridas por todos os países, como concepções a-históricas, que tendem a condenar o país à condição eterna de economia subdesenvolvida e periférica como se tal destino estivesse traçado desde o descobrimento. O autor já reconhece desde as origens do capitalismo a heterogeneidade estrutural que marcaria a sociedade brasileira por todo o século XX, ainda que o foco de seu estudo esteja nos aspectos econômicos da formação capitalista no Brasil.

Um aspecto fundamental para este trabalho é a compreensão do caráter gerador de desigualdades do desenvolvimento capitalista brasileiro. Uma contribuição de grande relevância nesse sentido é dada por Oliveira (2003):

“A expansão do capitalismo no Brasil se dá introduzindo relações novas no arcaico e reproduzindo relações arcaicas no novo, um modo de compatibilizar a acumulação global [...] Nas condições concretas descritas, o sistema caminhou inexoravelmente para uma concentração da renda, da propriedade e do poder, em que as próprias medidas de intenção corretiva ou redistributivista – como querem alguns – transformaram-se no pesadelo prometeico da recriação ampliada das tendências que se queria corrigir.” Oliveira (2003, p. 60)⁸

Em sua “Crítica à Razão Dualista” o autor questiona a falsa oposição entre modernidade e atraso no capitalismo brasileiro e procura explicar como a combinação entre esses pólos torna possível no Brasil a ocorrência de industrialização, crescimento e acumulação, sem que haja redistribuição de renda e repartição dos ganhos sociais. A disponibilidade farta de mão-de-obra barata e pouco qualificada e os baixos níveis do salário mínimo, são alguns dos fatores que explicam a acumulação com aprofundamento das desigualdades. Já na época de redação do ensaio original – em 1972 – o autor advertia

⁸ A “Crítica à Razão Dualista”, ensaio clássico de Francisco de Oliveira, foi originalmente publicada em 1972 e recentemente reeditada.

que a superação das distorções observadas não se daria espontaneamente nem seria fruto da operação de políticas puramente econômicas (se é que existem tais políticas).

Na construção do modelo capitalista brasileiro, o Estado desempenha um papel importante de intervenção econômica e social. Draibe (1985) analisa a expansão da atuação do Estado a partir de 1930, como dirigente em uma dada via de desenvolvimento capitalista, em meio a uma correlação de forças políticas heterogêneas, porém socialmente determinadas. Uma relativa autonomia do Estado teria se fundado a partir do crescimento do aparelho burocrático, da capacidade regulatória e intervencionista, bem como pelo seu papel político como árbitro, regulador de relações e do equilíbrio entre interesses múltiplos. Por outro lado, essa autonomia seria limitada, uma vez que a constituição material do Estado em certa medida expressa formas de dominação e que a ação estatal não decorre de mero somatório de interesses, mas é dotada de sentido. Tal sentido, para a autora, resulta da correlação de forças nos vários momentos históricos e se expressa particularmente no núcleo dirigente executivo do Estado.

Obviamente, como ressalva a própria autora, isso não quer dizer que a direção da ação estatal tenha sempre sido planejada, ou que o Estado seja um sistema constituído de partes funcionalmente articuladas em torno de objetivos claros. Estudos sobre a evolução da administração pública e da burocracia apontam para uma diversidade de arranjos institucionais no interior do próprio aparelho executivo do Estado⁹, assim como a existência de diferentes formas de articulação entre Estado e sociedade¹⁰. O que importa é reconhecer que, se por um lado o Estado não é monolítico e expressa conflitos entre forças políticas no interior do seu aparato administrativo e em suas relações com a sociedade, por outro lado sua ação é dotada de sentido. Ou seja, a direção da ação estatal no período estudado - de 1930 a 1964 - seria dada principalmente pelo Presidente e núcleo dirigente a ele ligado, fruto da transformação política dos conflitos e da hierarquização de interesses diversos.

⁹ O estudo de Martins (1985) valoriza a atuação da burocracia da área econômica no desenvolvimento brasileiro pós-64 e chama a atenção para o fato de que a expansão da atuação do Estado cursa com a diversificação de estruturas e uma certa defasagem entre o Executivo ministerial, as agências governamentais autônomas da área econômica e as empresas estatais. Já o trabalho de Draibe (1985), embora com foco em um período anterior – de 1930 a 1960 – adverte para o risco de sobrevalorização do papel da burocracia, que no limite poderia levar a uma ilusória dissociação entre a ordem política e a econômica.

¹⁰ É frequente o reconhecimento do corporativismo estatal como elemento característico do arranjo institucional na “era Vargas” (Boschi e Lima, 2002). Também é possível identificar no âmbito da Administração Pública e das relações entre Estado e sociedade, como salienta Nunes (1997) uma combinação, em graus variáveis ao longo do período, entre corporativismo, clientelismo, universalismo de procedimentos e insulamento burocrático.

O estudo de Draibe (1985) traz duas contribuições importantes. Em primeiro lugar, evidencia o papel fundamental do Estado no processo da industrialização brasileira, nas fases de industrialização restringida e de industrialização pesada, assim como em outros planos da vida econômica e social. Em segundo lugar, explora a forma como isso se dá, alertando que a crescente atuação do Estado em várias áreas reforça a interpenetração e a complementariedade entre as políticas. A construção da direção do Estado tinha que ser disputada nas estruturas centralizadas nacionais e, em última instância, o sentido da ação estatal expressava em grande medida decisões políticas da Presidência. Reside nesse segundo ponto um alerta metodológico para o estudo da atuação do Estado em ramos específicos, cujas autoridades setoriais e burocracias, no caso brasileiro, em alguns momentos históricos parecem ter autonomia relativamente restrita na condução de políticas. Isso sem falar nas limitações à participação dos outros Poderes e de segmentos representativos da sociedade, face à preponderância do Executivo, frequentemente apontada pela literatura de ciência política¹¹.

Em que pesem as importantes variações entre os diferentes períodos históricos¹², a atuação do Estado na área econômica entre os anos 30 e 80, dá-se mediante uma combinação de: (a) intervenção direta em setores específicos, por meio de empresas estatais; (b) incentivos e subsídios diretos ou indiretos a grupos econômicos; (c) apoio ou captação de recursos externos; (d) redirecionamento de recursos entre setores da política; (e) regulação de relações trabalhistas.

A industrialização por meio da estratégia de substituição de importações é acompanhada por dependência externa - tecnológica e de capital-, havendo momentos de predomínio de investimentos diretos de empresas estrangeiras (anos 50) e outros de endividamento externo (anos 70), com conseqüências sérias para a inserção internacional do país e a gestão dos recursos públicos a médio e longo prazo¹³. O sistema tributário é regressivo na maior parte do período, expressando limitações no âmbito da arrecadação e do dispêndio público.

¹¹ Ver a propósito, Boschi e Lima (2002), entre outros autores.

¹² Podem ser identificados pelo menos os seguintes períodos: (a) Governo Vargas de 1930 a 1937; (b) o Estado Novo varguista, de 1937-1945; (c) democratização, de 1945 a 1964; (d) ditadura militar, de 1964 a meados dos anos 80. A literatura das áreas de economia, ciência política e história é vasta para cada um desses períodos, que também apresentam singularidades relacionadas aos governos. Importa aqui somente identificar alguns elementos de continuidade no modelo de atuação do Estado ao longo do período, sem a pretensão de explorar o assunto de forma aprofundada.

¹³ A questão do endividamento externo é enfatizada por Celso Furtado como um dos dois traços marcantes do capitalismo brasileiro; o segundo seria a concentração social de renda (Furtado, 2002, p. 8).

A atuação do Estado na área social pós-30, embora importante, não aponta para a redistribuição e redução das desigualdades; ao contrário, expressa o favorecimento de um processo de crescimento/acumulação bastante desigual. A predominância na política social de um modelo corporativo e de uma concepção de “cidadania regulada”¹⁴ constitui uma das facetas das relações entre política econômica e social em um dado modelo de desenvolvimento. Outra faceta é representada pelas formas de direcionamento de recursos para o processo de industrialização, que evidenciam a atuação do Estado na conformação de um dado modelo de acumulação capitalista¹⁵ e corroboram as evidências de priorização da questão do crescimento sobre o enfrentamento dos desequilíbrios sociais.

Em síntese, apesar das variações entre os diferentes períodos históricos e entre áreas da política pública, é possível identificar entre os anos 30 e 80 a hegemonia de um certo modelo de desenvolvimento e de intervenção do Estado na vida econômica e social, freqüentemente denominado de modelo nacional-desenvolvimentista ou desenvolvimentista conservador¹⁶.

Grosso modo, pode-se dizer que esse protagonismo do Estado no modelo de desenvolvimento brasileiro, em que pesem as especificidades nacionais, acompanha um fenômeno mais global de expansão do papel dos Estados Nacionais até o final dos anos 1970¹⁷. A partir de então, uma série de transformações no capitalismo mundial, entre as quais a globalização, levam a um progressivo questionamento do papel dos Estados Nacionais, gerando uma onda de reformas que repercute de forma diferente nos vários países.

No Brasil, a crise política do Estado desenvolvimentista e autocrático é identificada nos anos 80. Na esfera econômica, a situação de instabilidade é desencadeada pela crise da

¹⁴ O conceito é de Santos (1979). Essa discussão será retomada no próximo tópico.

¹⁵ Por exemplo, Oliveira e Teixeira (1989) assinalam que, em alguns momentos, a co-gestão estatal dos recursos previdenciários arrecadados pelos Institutos de Aposentarias e Pensões propiciou a destinação desses recursos para o fomento a indústrias estratégicas, além de o Estado usar da prerrogativa de isentar os empresários do pagamento das contribuições, como mecanismo para estimular o investimento e a acumulação. Já a fixação do salário mínimo em baixos patamares é ressaltada por Oliveira (2003) como um fator que favorece a acumulação com geração de desigualdades sociais.

¹⁶ Fiori (2003) identifica na história brasileira o conflito entre três projetos para o Brasil, que conviveram e lutaram entre si durante todo o século XX: (a) uma visão inspirada no liberalismo econômico, que após 1930 perde força e só volta a se tornar hegemônica nos anos 90; (b) o nacional-desenvolvimentismo conservador, hegemônico entre os anos 30 e os anos 80, em que o Estado teve um papel decisivo; (c) o desenvolvimentismo popular e democrático, que nunca teria ocupado o poder estatal ou sido hegemônico na política econômica, mas que teria se expressado no campo da luta ideológico cultural e das mobilizações sociais e democráticas. Para uma análise da evolução do pensamento econômico no Brasil de 1930 a 1964 e comparação das várias correntes ideológicas, ver Bielchowsky (2004).

¹⁷ Essa expansão do Estado se manifesta, por exemplo, por meio da constituição dos Welfare States europeus ou em políticas como o “New-Deal” nos EUA.

dívida externa e se expressa nas altas taxas de inflação. Essa década é também marcada pelo processo de democratização, que cursa com intensa mobilização da sociedade no sentido da expansão dos direitos sociais e com ações reformistas em várias áreas e políticas governamentais, com repercussões importantes sobre o texto da Constituição.

Sallum Jr. (2004) destaca, na virada entre as décadas de 1980 e 1990, o contraste entre o projeto nacional inscrito na Constituição de 1988 – que mantém parte dos fundamentos do Estado desenvolvimentista e expande os direitos sociais - e as pressões relacionadas ao processo de transnacionalização e ao fortalecimento da ideologia neoliberal. Para o autor, a elite política dirigente da Nova República não constrói uma coalizão sócio-política de apoio à superação da crise por meio de um projeto “desenvolvimentista democratizado”¹⁸, sendo firmados já nesse período os alicerces de uma hegemonia do pensamento neoliberal em segmentos importantes da sociedade.

Desta forma, nos anos 90 a política brasileira é marcada pela combinação entre democratização e liberalização econômica, levando a mudanças expressivas no padrão de atuação do Estado e nas possibilidades de concretização de uma série de diretrizes constitucionais.

A política econômica conduzida nos anos 90 é caracterizada pela abertura comercial, com redução de barreiras tarifárias e não tarifárias e de outras medidas de proteção à produção interna; pela prioridade do combate à inflação e da estabilidade monetária sobre a questão do crescimento/ desenvolvimento, gerando uma política de busca de superávit primário e juros altos. Um marco da política de estabilização é o Plano Real, em 1994, que para além de sua dimensão econômica, teve grande relevância política, ao favorecer a eleição de Fernando Henrique Cardoso. A partir de meados da década, somam-se a essas políticas a quebra dos monopólios estatais e as privatizações de empresas de áreas estratégicas; a retirada às barreiras para entrada do capital estrangeiro em várias áreas; a adoção de uma legislação de proteção intelectual por pressão da Organização Mundial do Comércio e das grandes indústrias transnacionais. Ressalte-se ainda como característica dos anos 90 uma política industrial bastante restrita, havendo certa estagnação ou mesmo retração em vários ramos da indústria.

Como conseqüências dessas políticas, pode-se apontar: o aumento explosivo das importações; o agravamento da situação de endividamento e dependência externa;

¹⁸ Correspondente à concepção de desenvolvimentismo popular e democrático que, segundo Fiori (2003) inspira propostas e políticas no período de democratização dos anos 80 e na Constituição de 1988, mas não chega a se tornar hegemônica e perde força.

dificuldades em termos da capacidade de inovação e competitividade da indústria nacional; sérias limitações aos investimentos nacionais e ao crescimento; contenção dos gastos públicos, com repercussões adversas para a área social. Enfim, uma situação de maior vulnerabilidade econômica do país e de geração de novas tensões sociais, como o aumento do desemprego e das relações precárias de trabalho¹⁹, com limitada capacidade de enfrentá-las, como pode ser evidenciado pela persistência do quadro de concentração de renda e desigualdades sociais²⁰.

Trabalho recente (Sochazcewski, 2002) mostra que a situação de crise dos anos 80 e o foco na estabilidade nos anos 90 teriam levado grande parte dos economistas brasileiros a se voltar para as questões de curto prazo e se distanciar da reflexão sobre a temática do crescimento/ desenvolvimento, com perda da visão estratégica de médio e longo prazo²¹. Isso teria ocorrido mesmo para muitos economistas de tradição desenvolvimentista, absorvidos pela preocupação com o combate à inflação, as políticas de estabilização e restrições macro-econômicas, enquanto outra parte não-desprezível dos economistas defenderia a visão de que, diante de bons fundamentos macro-econômicos, o crescimento ocorreria espontaneamente, sem interferências indevidas do governo.

O estudo identifica dois grandes campos ideológicos que separam os economistas no Brasil em relação ao papel do Estado, com uma imensa diversidade de visões também no interior de cada grupo²². No grupo que defende uma interferência estatal limitada, os pontos de maior consenso em relação à necessidade de intervenção do Estado seriam o combate à pobreza, a educação primária e a atuação em ciência e tecnologia (orientada para setores competitivos), configurando uma típica visão neoliberal. Ressalte-se no entanto que, mesmo no grupo de economistas entrevistados que advoga a importância de

¹⁹ Sobre as mudanças no mercado de trabalho, na situação do emprego e sua relação com as políticas econômicas entre 1990 e 2002, ver os estudos de Sabóia (2005) e Salm (2005).

²⁰ A propósito das relações entre o modelo econômico e a persistência da situação de concentração de renda no Brasil nos anos 90, ver Silva e Michel (2005).

²¹ Sochazcewski (2002) realiza uma resenha do resultado de entrevistas com 38 economistas brasileiros, de diversas correntes de pensamento, sobre o tema das perspectivas para a retomada do crescimento. A maior parte das entrevistas foi realizada entre 2000 e 2001.

²² Conforme demonstra a referida pesquisa, além do estudo de Bielshowsky (2004) já mencionado, a diversidade de visões entre os economistas brasileiros é imensa. A propósito, Sallum Jr. (2004) identifica, mesmo no interior do bloco dirigente dos governos FHC, duas tendências: uma tendência liberal mais acentuada, que teria predominado nos dois governos, mas com maior expressão no primeiro, constituindo um “fundamentalismo de mercado”; e uma tendência liberal-desenvolvimentista, inclinada a dosar as políticas de estabilização em função do crescimento competitivo da economia local, com intervenção moderada do Estado. Essa segunda tendência nunca teria sido hegemônica, mas teria inspirado algumas políticas destinadas a contrabalançar as conseqüências negativas do fundamentalismo liberal para setores específicos. O autor situa nesse segundo grupo, entre outros, José Serra, que foi Ministro de Planejamento no período de 1995 a 1996 e da Saúde de 1998 a 2002.

políticas intervencionistas estatais, apenas uma pequena minoria se mostrou atenta à necessidade de construção de um novo “projeto nacional” ou de uma nova estratégia de desenvolvimento²³. É ainda interessante observar que o principal divisor de águas entre os dois grupos parece ser a política industrial.

Se no plano econômico e ideológico as mudanças dos anos 90 evidenciam o fortalecimento das concepções neoliberais, no âmbito político-institucional são adotadas estratégias voltadas para a sua viabilização. Destacam-se as reformas constitucionais e estratégias de reforma administrativa do Estado, que apontam para um redimensionamento do tamanho do Estado, mudanças nas suas funções e na lógica de atuação, reforma das suas estruturas e alterações nas relações entre o público e o privado. Em conjunto tais reformas sinalizam mudanças no papel e no padrão de atuação do Estado em vários planos.

No Governo Collor observa-se uma estratégia agressiva de reforma administrativa, com desmonte de estruturas, dispensa de funcionários e descentralização sob condições inadequadas. Já no Governo Fernando Henrique é apresentada uma proposta mais estruturada de Reforma do Aparelho do Estado a partir de 1995, que prevê novas formas organizacionais para dar conta do novo papel e funções do Estado. Ainda que essa agenda não tenha sido integralmente implantada, alguns de seus dispositivos o foram, como a intensificação da descentralização em várias áreas, a retração do funcionalismo federal, a criação de agências reguladoras em setores em que houve quebra de monopólio estatal e privatização (com expansão posterior para outras áreas). Em decorrência dessas reformas – mas não somente – de fato houve uma retração da atuação do Estado como planejador e prestador direto de serviços e um aumento da sua função normativa e reguladora em vários âmbitos.

Em certo sentido, as mudanças observadas no modelo de intervenção estatal no Brasil nos anos 90 se assemelham a transformações que vêm ocorrendo em outros países desde os anos 80, como a intensidade dos movimentos de privatização e de descentralização e a passagem de um modelo de Estado “positivo” – planejador, produtor direto de bens e serviços e empregador – para um Estado regulador²⁴. Por outro lado,

²³ Isso poderia sugerir um certo esmorecimento, ou grande falta de espaço, da terceira corrente político-ideológica destacada por Fiori (2003). No entanto, ela se faz presente nos esforços contra-hegemônicos de retomada do debate desenvolvimentista. Ver a propósito Tavares e Belluzzo (2002) e vários textos da coletânea organizada por Sicsú et. al (2005).

²⁴ Majone (1999) explora como as estratégias de reforma adotadas em vários países a partir dos anos 80 – privatização, liberalização, austeridade fiscal, integração econômica e monetária, e inovações na gestão pública – concorrem para limitar o papel do Estado intervencionista ou positivo e, ao mesmo tempo, aumentar o poder normativo e o papel do Estado regulador.

expressam especificidades do caso brasileiro, tanto no que concerne às características estruturais do país e à trajetória institucional prévia, como às opções dos dirigentes políticos dos anos 90.

Se no Brasil no período de 1990 a 2002 não houve uma eliminação do intervencionismo estatal, nem a ruptura total com características anteriores da atuação do Estado, pode-se dizer que sua modificação foi profunda, com expressões nos planos econômico, político, administrativo e social. Como um traço de continuidade no modelo de atuação do Estado entre o período desenvolvimentista e os anos 90, Boschi e Lima (2002) destacam a face demiúrgica da atividade regulatória do Executivo e a preponderância de um estilo tecnocrático de condução da política. No que tange às mudanças observáveis ao final do período, os autores questionam se não estaria se conformando um novo tipo de corporativismo, expresso pela separação entre os espaços de decisão e representação face à constituição de arenas regulatórias relativamente insuladas, que seria pernicioso ao controle democrático sobre o processo decisório. Ademais, o novo marco de ação estatal estaria em grande medida orientado pela lógica de eficiência econômica e de proteção aos investidores, como também pela transformação dos cidadãos em consumidores.

Retomando o que já foi discutido até aqui, evidencia-se a complexidade da análise das relações entre as dimensões econômica, política e social no estudo do padrão de atuação do Estado no Brasil. Houve períodos de crescimento econômico importante em contextos autoritários, com práticas inaceitáveis de violação dos direitos políticos e civis. Houve momentos de crescimento econômico e mesmo expansão de políticas sociais sem redistribuição de renda. Houve, nos anos 80, crise econômica, democratização e expansão de direitos sociais, no plano legal. E houve, já nos anos 90, uma concomitância de avanços democráticos e liberalização econômica (sob o argumento da necessidade de integração no mundo “globalizado”), novamente com manutenção de graves desigualdades sociais²⁵.

Estudo recente da Organização das Nações Unidas (United Nations, 2005) alerta que o fenômeno de globalização, com abertura dos mercados nacionais e liberalização econômica, se mostra bastante desfavorável para os países em desenvolvimento, tendo levado nos últimos vinte anos a um aumento das desigualdades entre os países ricos e pobres, bem como ao agravamento das desigualdades no interior dos países. Tais desigualdades se expressam em termos de renda, trabalho, educação e saúde. Entre os

²⁵ Essas contradições também são discutidas por Cohn (2005), que se remete à noção de “díade contraditória” proposta por Márcio Pochmann para abordar a combinação entre autoritarismo e crescimento econômico; ou entre estagnação e democratização.

fatores prejudiciais aos países menos desenvolvidos no cenário global, estariam as condições desfavoráveis do comércio internacional, a limitada apropriação dos benefícios do progresso tecnológico (agravada, por exemplo, pela legislação da propriedade intelectual) e a situação adversa em termos de emprego e remuneração dos trabalhadores. O relatório aponta que a reversão desse quadro requer mudanças nas relações comerciais entre países e políticas orientadas para o desenvolvimento, a geração e qualificação de empregos e o enfrentamento das desigualdades (entre e no interior dos Estados), transcendendo muito as políticas restritas de combate à pobreza, que tem predominado na agenda internacional e em vários países. O Brasil novamente é apontado como um dos três países mais desiguais do mundo, confirmando a situação já amplamente reconhecida no plano nacional²⁶ e internacional²⁷.

Fica evidente que, se a situação de vulnerabilidade do Brasil no cenário internacional não foi equacionada pelo modelo nacional-desenvolvimentista brasileiro, ela foi bastante agravada pelo novo modelo de liberalismo econômico inaugurado nos anos 1990. No âmbito interno, a articulação entre as dimensões econômica e social das políticas públicas nunca chegou a configurar um modelo de desenvolvimento orientado para o bem estar do conjunto da população, na concepção mais abrangente proposta por Amartya Sen, e também depreendida de um dos últimos trabalhos de Celso Furtado:

“Cabe a pergunta: houve desenvolvimento? Não. O Brasil não se desenvolveu. Modernizou-se. O desenvolvimento verdadeiro só existe quando a população em seu conjunto é beneficiada.” (Furtado, 2002, p. 21).

Um desafio importante no caso brasileiro é, portanto, a configuração de um novo modelo de desenvolvimento nacional, pautado tanto pela busca de uma inserção internacional do país mais favorável, quanto, sobretudo, pelo compromisso com o bem-estar do conjunto da população, o que requer políticas governamentais articuladas em várias áreas e o enfrentamento das desigualdades sociais.

Tais questões remetem para um segundo aspecto importante, que é a atuação do Estado na proteção social.

²⁶ Esse ponto é enfatizado por autores já citados ao longo desse trabalho, como Oliveira (2003) e Furtado (2002), entre outros.

²⁷ Amartya Sen, em seu livro “Desenvolvimento como liberdade” (Sen, 2000), todas as vezes que cita o Brasil o faz como exemplo negativo de um país extremamente desigual, mesmo se comparado com países de renda nacional per capita similar ou inferior da América do Sul, Ásia, e África. O autor destaca a importância, para além das políticas de crescimento e redistribuição de renda, dos investimentos públicos em educação e saúde para a superação de situações de desigualdades sociais.

O Estado, a proteção social e a saúde

Lenhardt e Offe (1984) apontam que as políticas sociais podem ser analisadas em ao menos dois planos. O primeiro é o plano estrutural, relacionado à sua inserção no Estado capitalista e ligação com as determinações estruturais. No entanto, os autores advertem que a interpretação da política social como instrumento de regulação estatal em uma dada sociedade capitalista não é suficiente para a compreensão das funções, organização e estratégias do Estado na área social.

É necessário, portanto, considerar um segundo plano, referente à singularidade das políticas sociais, ou seja, as peculiaridades que a distinguem de outras políticas nos processos históricos das sociedades. Ou melhor, as políticas sociais não são única e funcionalmente determinadas por uma dada estrutura econômica capitalista. É importante compreender as especificidades relacionadas à evolução, modificações e inovações em uma dada política social, assim como a relação entre as estratégias de racionalização da ação estatal e as mudanças nessas políticas.

A proposta de abordagem dos autores é de grande valia para esse trabalho, uma vez que sugere a necessidade de articulação entre a reflexão mais ampla sobre o papel e padrão de intervenção do Estado (no caso deste estudo, o Estado brasileiro) com a sua atuação nas políticas sociais (neste caso, na política nacional de saúde).

Para a reflexão sobre a política social no caso brasileiro, no entanto, é útil recorrer ao debate recente sobre os sistemas de proteção social²⁸ dos países avançados, ainda que estes apresentem realidades bastante distintas daquelas dos países em desenvolvimento. Em primeiro lugar, porque a maior parte dos países desenvolvidos logrou implementar políticas sociais abrangentes orientadas por uma noção ampla de democracia e de direitos sociais, que inspiraram esforços de expansão da cidadania social em vários países latino-americanos. Ainda que isso tenha ocorrido em condições históricas particulares e de forma variável entre países, estudos sobre os Estados de Bem-Estar avançados podem contribuir para a identificação dos desafios colocados à consolidação de políticas sociais abrangentes nos países periféricos. Trata-se de, a partir de análises sobre as experiências maduras de *welfare*, buscar compreender as variáveis explicativas da gênese e das mudanças dos

²⁸ O conceito de proteção social, em sentido amplo, refere-se ao conjunto de políticas sociais adotadas em uma sociedade com vistas à proteção da população contra riscos sociais de vários tipos (envelhecimento, doença, perda de emprego), estando relacionado ainda à idéia de cidadania e de garantia das condições essenciais para se viver com dignidade em uma sociedade (renda, alimentação, moradia, educação, saúde). Para uma revisão conceitual do tema, ver Viana e Levcovitz (2005).

sistemas de proteção social e identificar elementos analíticos que contribuam para a reflexão sobre os países em desenvolvimento, sem descuidar de sua singularidade histórica.

O segundo motivo se relaciona à difusão da idéia de que a capacidade de ação do Estado no desenvolvimento social esbarra hoje em limites decorrentes da globalização e da onda de transformações produtivas, que atingiriam tanto os países avançados quanto aqueles em desenvolvimento. As análises comparadas acerca dos efeitos das mudanças recentes sobre os Estados de Bem-Estar avançados permitem uma compreensão mais clara das pressões que incidem sobre as políticas sociais²⁹, bem como das diferentes opções políticas e capacidade de resposta dos diversos países face aos dilemas colocados pela interação de pressões exógenas com limitações endógenas dos sistemas de proteção social para lidar com a “nova questão social”³⁰. A consideração da experiência recente dos países avançados pode, respeitadas as diferenças, contribuir para a reflexão sobre os dilemas dos Estados latino-americanos (e do Brasil) no enfrentamento de sua própria, específica e grave questão social, que manifesta a sobreposição de problemas velhos e novos.

A emergência das políticas sociais modernas nos países capitalistas avançados remonta ao final do século XIX e início do século XX. Entre 1880 e 1920, vários países iniciaram políticas de regulação do trabalho, pensões para idosos, seguro contra o desemprego e ações de educação e proteção à criança, em parte como forma de lidar com as conseqüências sociais da industrialização capitalista e com as ameaças relacionadas aos conflitos de classes³¹.

Um segundo momento de expansão significativa dessas políticas ocorre após a II Guerra Mundial, particularmente nas décadas de 1950-1970, quando se dá a consolidação dos modernos Estados de Bem-Estar em vários países, em uma outra fase específica da história do capitalismo³².

²⁹ Esse argumento é usado por Draibe (1997).

³⁰ Castel (2001) analisa as metamorfoses da questão social com ênfase nas transformações no mundo do trabalho. Também Rosanvallon (1995) identifica uma nova questão social, e ressalta a dimensão filosófica da crise do Estado, face às suas limitações para enfrentá-la. Mas o reconhecimento de novos dilemas ou riscos sociais, como os decorrentes das mudanças demográficas e da estrutura das famílias, perpassa o trabalho de vários outros estudiosos do *Welfare State*, como Wilensky (2002), Esping-Andersen (2002), Ferrera (1998) e Pierson (2000a).

³¹ Sobre esse período, ver Sckopol & Rueschemeyer (1996). Os autores destacam, para além das mudanças do capitalismo, o papel de diversos atores nesse processo, como algumas lideranças governamentais, a burocracia emergente e as elites intelectuais.

³² Para Esping-Andersen (1999) essa fase é marcada por quatro grandes inovações institucionais: a promessa de uma nova solidariedade social, calcada na idéia de cidadania social universal; a noção de democracia plena, compreendendo a garantia de direitos sociais, além dos civis e políticos; a consolidação dos modernos sistemas de relações industriais, com regularização do mercado e das relações de trabalho; e a expansão dos

Estudos comparativos tem possibilitado a identificação de similaridades e diferenças entre os países avançados na construção e nas reformas de seus sistemas de políticas sociais. Alguns deles, orientados pelo arcabouço teórico da economia política, identificam ao longo da história desses sistemas convergências³³ relacionadas aos momentos do capitalismo/ industrialização e influências do contexto geopolítico mundial e divergências relacionadas a outros fatores, como: tipos de economia política, ou seja, de relações entre regime político e posição de grupos de poder econômico e de interesse (Wilensky, 2002); graus de “desmercantilização”, relações entre Estado, famílias e mercado e modos de estratificação ou solidariedades na sociedade (Esping-Andersen, 1999 e 2002); a interação de variáveis econômicas, institucionais, culturais e políticas (Ferrera, 1993). A análise da interação entre as variáveis permite a classificação dos países avançados segundo diferentes *regimes* de Bem-Estar³⁴, que tem sido considerados como instrumento analítico no debate recente sobre as reformas nos Estados de Bem-Estar Social.

Em relação ao contexto atual, poderia se pensar que a sobrevivência de sistemas de proteção social abrangentes estaria ameaçada pelas transformações recentes do capitalismo mundial, pela erosão dos pilares originais de sustentação do *Welfare State* – pleno emprego, famílias nucleares, políticas sociais integradas-, e pelo fortalecimento das idéias neoliberais.

No entanto, entre os autores da vertente da economia política supra-citados há relativo consenso de que as mudanças operadas nos sistemas avançados de proteção social a partir dos anos 80 apontam no sentido da sua reestruturação, não tendo sido observados até o momento nem desmantelamento nem mudanças radicais nos regimes de proteção social. Wilensky (2002) questiona até mesmo se haveria uma crise nesses sistemas atrelada

sistemas de educação em massa. Para uma análise histórica da consolidação da democracia no pós-guerra e dos motivos que favoreceram os avanços da cidadania, ver Hobsbawm (1995) e Eley (2005).

³³ Uma aplicação da teoria da convergência na análise das democracias afluentes, inclusive no que diz respeito aos sistemas de proteção social, é feita por Wilensky (2002).

³⁴ A tipologia de Esping-Andersen (1999) aponta três regimes de Welfare: o *liberal*, formado pelos países anglo-saxões; o *conservador*, compreendendo principalmente nações da Europa central e o *social-democrata*, representado pelos países escandinavos. Já Ferrera (1993) propõe uma tipologia dos Estados de Bem Estar a partir das características de *cobertura* das políticas de previdência e saúde. O autor identifica dois modelos originais de proteção – o universalista e o ocupacional – que na segunda metade do século XX se desdobram em quatro formas distintas: universalismo puro (países escandinavos), universalismo misto (Reino Unido, Canadá, Nova Zelândia), ocupacional puro (Alemanha, França, Bélgica) e ocupacional misto (Suíça, Holanda e Itália). Um ponto interessante da tipologia de Ferrera é que ele considera a formação de sistemas universais de saúde em países cujos sistemas de proteção social não apresentavam predomínio do universalismo, como é o caso do Reino Unido e da Itália, países que por sinal serviram de inspiração para a reforma sanitária

a uma crise mais ampla dos Estados Nacionais. Em primeiro lugar, porque o fenômeno de globalização não teria erodido os limites do Estado-Nação como unidade de ação política. Em segundo lugar, porque historicamente as respostas nacionais diferem diante de questões transnacionais do capitalismo. Em terceiro lugar, porque fatores internos têm grande importância para o desenvolvimento de políticas de emprego e de bem-estar social, bem como para os seus efeitos econômicos nacionais³⁵. Por fim, o autor alega que os dados objetivos de gastos sociais na maior parte dos países avançados a partir dos anos 80 não apontam uma retração, mas uma diminuição de seu ritmo de crescimento, que em alguns casos é explicada por ajustes marginais ou por outros fatores endógenos.

Mesmo os autores que admitem uma situação de crise dos Estados de Bem-Estar, relacionada às suas limitações para dar conta dos novos riscos sociais (desemprego estrutural, envelhecimento, aumento da pobreza) em face da combinação de fatores exógenos e endógenos, reconhecem que as mudanças até o momento têm sido incrementais e adaptativas, sem alterar a estrutura dos sistemas. No entanto, admitem que as possibilidades, escolhas e capacidade de resposta às novas exigências são distintos entre países com diferentes regimes de proteção social, segundo as tipologias anteriormente mencionadas.

A análises recentes³⁶ tem se voltado para a discussão dos fatores que, nos diversos países ou grupos de países, favoreceriam a manutenção das bases de solidariedade dos sistemas e, simultaneamente, a realização das adequações necessárias para atender os novos problemas sociais. Alguns dos dilemas a serem enfrentados se relacionam à busca de equilíbrio entre geração de emprego (face ao aumento do desemprego estrutural), promoção de igualdades (salariais e de oportunidades) e articulação entre universalismo e seletividade.

Grosso modo, os países com sistemas do tipo “social democrata” ou “universalismo puro” como os escandinavos parecem mais capazes de se adaptar às necessidades de

brasileira nos anos 80. Já Esping-Andersen (1999) reconhece a dificuldade em explicar as especificidades da trajetória das políticas de saúde a partir do seu modelo.

³⁵ Segundo o autor: “Aggregate social spending up to 1973 was a positive contribution to the combination of low to moderate inflation, good real GDP growth per capita, and low unemployment; since the oil shocks of the 1970s it has been on average neutral. Much depends on the mix of social and labor market policies a nation adopts, how it finances and manages the welfare state, and, more important, what economic and industrial relations policies it pursues.” (Wilensky, p. 222).

³⁶ Ressalte-se que a discussão das perspectivas dos sistemas é dificultada por fatores como: o caráter atual e dinâmico das mudanças; a complexidade das variáveis envolvidas; a variedade de abordagem teórico-metodológica dos diversos autores sobre o tema; e a confiabilidade das informações disponíveis. Esse tipo de dificuldade se aplica a outras análises de políticas pública, e pode ser ainda mais grave nos países em desenvolvimento.

mudança, o que teria relação com a sua trajetória institucional, a presença de sistemas abrangentes de representação de interesses e a capacidade de equilíbrio por meio de políticas de cuidado e apoio familiar (Esping-Andersen, 1999). Tais países também seriam mais refratários à introdução de mecanismos de seletividade (Ferrera, 1998).

Já os países com sistemas de proteção social do tipo liberal ou corporativo-ocupacional podem ficar mais vulneráveis em situações de baixo crescimento e redução do emprego, com tendência à aumento da seletividade, seja do tipo “teste de meios” (que tem aumentado nos países liberais), ou de “seletividade excludente”, com a saída de pessoas que até então estavam incluídas no sistema (risco nos sistemas corporativos). Segundo Ferrera (1998), no caso de países do sul da Europa como a Itália, que apresentam sistemas mistos -ocupacionais na previdência e universais na saúde-, o aumento da seletividade excludente parece um risco para as políticas de saúde.

Em síntese, a promoção de igualdade – objetivo fundamental dos Estados de Bem-Estar Social - em um contexto de propensão ao aumento das desigualdades (na situação de emprego, nos salários) requer a expansão de diversos tipos de políticas sociais, e não a sua retração. Não é por acaso que, no bojo dos debates recentes sobre os desafios de coordenação das políticas sociais no âmbito da União Européia³⁷, tem sido discutida a necessidade de cada país promover uma combinação de estratégias de promoção do emprego e esquemas abrangentes de proteção social calcados na igualdade de oportunidades, com políticas de redistribuição de renda e de proteção às populações vulneráveis (Vandenbrouke, 2001).

Além dos estudos situados no campo da economia política, há uma corrente de análises de cunho institucionalista³⁸, na qual se destacam os estudos de Pierson (2000a). Esse autor enfatiza a capacidade de os sistemas de proteção social avançados resistirem às pressões por duas razões principais: o grau de apoio popular a esses sistemas, que torna as mudanças radicais arriscadas do ponto de vista eleitoral; e a rigidez institucional, ou seja, o

³⁷ Leibfried e Pierson (2000) assinalam que, embora ainda limitadas em comparação com as regras econômicas e comerciais, as regulamentações da União Européia em relação à área social vem aumentando, e acabam por impor novas exigências aos Estados Nacionais. Os autores defendem a importância de encarar esse debate, para evitar que a questão social acabe ficando à mercê dos tribunais e dos mercados, particularmente em áreas como a da saúde, em que se manifestam, por um lado, dilemas éticos e, por outro, fortes interesses econômicos.

³⁸ Embora os autores anteriores adotem referenciais teórico-analíticos mais amplos da economia política, é evidente que eles também valorizam o peso das instituições nos sistemas de proteção social. Um conceito amplo de instituição é apresentado por Ferrera (1998, página 9): um conjunto de práticas sociais que com certa persistência modelam e de certa forma constróem as interações entre indivíduos e coletividade, que podem ser disciplinadas por organizações e regras formais (constituição, leis, regulamentos) ou seguirem pressupostos cognitivos e normativos.

peso das características institucionais do sistema político e dos sistemas de proteção social. Tais características influenciam a existência de pontos de veto às reformas. Além disso, a existência de estruturas e redes institucionais solidamente constituídas delimita o campo de possibilidades de mudanças, em uma lógica de “path-dependence”³⁹.

Em uma terceira linha de abordagem, com ênfase na política propriamente dita e no papel das lideranças, Ross (2000) critica a valorização excessiva das dimensões estrutural e institucional e chama a atenção para a necessidade de resgatar a política como variável independente nas análises sobre os *Estados de Bem Estar*, uma vez que as escolhas das lideranças nos processos de reforma podem influenciar e modificar a implementação das políticas sociais, as instituições e até mesmo a opinião pública. A autora adverte que as lideranças políticas não estão passivamente situadas entre as pressões externas (que tendem a imprimir certa convergência nas reformas) e as questões institucionais (que explicam em parte as diferenças entre países)⁴⁰. Analisar as tendências de mudança nos sistemas de proteção social requer, para a autora, o reconhecimento da multiplicidade de dimensões envolvidas nos processos de reforma, incluindo a importância das idéias, dos interesses e das escolhas dos atores envolvidos. Mesmo o caráter incremental das reformas recentes não poderia ser atribuído somente ao grau de institucionalização e resistência dos programas de proteção social ou à impopularidade das medidas reformistas⁴¹. A autora adverte que, se o *Welfare* foi construído de forma incremental durante décadas, não se deveria esperar que a sua retração ocorresse de forma abrupta.

Essa breve discussão sobre as reformas recentes dos sistemas de proteção social dos países avançados permite identificar algumas questões relevantes a serem consideradas na reflexão sobre o caso brasileiro. Um primeiro ponto é que o processo de globalização e as transformações no capitalismo mundial até o momento não erodiram os limites dos Estados Nacionais, embora imponham restrições a sua soberania.

O segundo é que, ainda que a expansão dos Estados de Bem-Estar tenha ocorrido em um contexto específico do capitalismo, a promoção de políticas de bem-estar foi de tal

³⁹ Para uma discussão mais aprofundada do conceito de “path-dependence”, ver também Pierson (2000b).

⁴⁰ A autora ilustra a importância e o peso das *idéias* e dos *interesses* das lideranças políticas a partir do debate das reformas recentes no Reino Unido, já na gestão do novo trabalhismo de Tony Blair. Segundo a autora, para compreender o porquê da maior radicalidade das reformas no Reino Unido, em comparação com outros países europeus expostos a pressões externas e internas bem maiores, é fundamental analisar o papel das escolhas das lideranças políticas.

⁴¹ Tampouco o apoio público ao *Welfare State* deveria ser considerado como um elemento seguro e imutável ao longo do tempo, apesar da atual popularidade desfrutada por alguns sistemas de proteção social.

forma incorporada como uma das funções primordiais dos Estados Nacionais⁴², que atualmente a existência de sistemas de proteção social representa um dos elementos de convergência entre as democracias afluentes e da coesão interna de cada Nação em torno da idéia de cidadania, constituindo em si um contraponto às pressões para esmorecimento dos Estados.

O terceiro ponto é que, no contexto atual, existem de fato pressões exógenas e endógenas incidindo sobre os Estados de Bem-Estar Social, que exigem reformas no sentido da adequação das estruturas existentes a uma “nova questão social”. A complexidade dos novos problemas tem apontado para a necessidade de expansão e não de retração das políticas sociais, como também de seu rearranjo em uma nova engenharia institucional, em que o Estado continua a desempenhar um papel muito importante.

Um quarto ponto é que os diferentes países têm capacidades diferentes de realizar as reformas mais adequadas para lidar com os novos dilemas sociais, o que tem relação com o padrão de atuação dos Estados e os tipos de regimes de proteção social. As respostas dos distintos países são diferentes, e dependem da interação de variáveis estruturais (inserção internacional, modelo econômico, papel dos mercados), institucionais (solidez dos sistemas, coordenação entre várias políticas), políticas (papel das lideranças, base de apoio social), ideológicas (penetração das idéias neoliberais) e sócio-culturais (questões religiosas, formas de identidade, tipos de solidariedades).

Em síntese, a análise até aqui empreendida sinaliza que, se por um lado as transformações no capitalismo e na atuação dos Estados Nacionais, em um plano mais geral, têm importância para as políticas sociais, por outro lado, os sistemas de proteção social apresentam características próprias, que tanto afetam a própria face dos Estados capitalistas dos quais fazem parte, quanto, de forma peculiar, expressam as relações de solidariedade e repercutem na questão social em cada sociedade.

Mas, antes de passar ao debate sobre o caso brasileiro, cabem algumas considerações sobre as especificidades dos sistemas de saúde, que constituem um pilar fundamental dos Estados de Bem-Estar Social avançados, no contexto das reformas recentes. A área da saúde, juntamente com a previdência, é freqüentemente destacada em função de sua contribuição para o aumento de gastos na área social. Por um lado, os

⁴² Esse ponto é enfatizado por Wallerstein (2001), que identifica as políticas de bem-estar – definidas genericamente como a ação estatal voltada para aumento nos níveis salariais e/ou uso do Estado para qualquer tipo de redistribuição da riqueza nacional – como presentes há mais de um século em quase todos os países do mundo (embora com diferenças importantes entre países).

avanços tecnológicos, associados a mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações, levaram nas últimas décadas a um aumento expressivo nos gastos em saúde nos países avançados, suscitando questionamentos acerca da sustentabilidade de políticas de saúde abrangentes em médio e longo prazo. Por outro lado, os imperativos fiscais da nova economia mundial criaram pressões por contenção do crescimento dos gastos em saúde em vários países.

Análises comparativas dos processos de reforma dos sistemas de saúde também têm sugerido tanto convergências como variações na resposta dos diversos países às pressões do contexto e aos constrangimentos institucionais⁴³.

Uma contribuição relevante é dada por Freeman e Moran (2000), que analisam comparativamente as reformas de alguns sistemas de saúde europeus⁴⁴, considerando a complexidade da interrelação de três dimensões da política de saúde⁴⁵: (a) a *dimensão de proteção social*, relacionada à importância da política de saúde na construção da noção de cidadania nos modernos Estados de Bem Estar Social; (b) a *dimensão industrial*, que conecta as políticas nacionais com interesses internacionais, face ao peso da estrutura industrial e tecnológica envolvida no setor saúde e se expressa em freqüentes tensões entre os imperativos fiscais de contenção de custos e as pressões industriais de indução de demanda; e (c) a *dimensão de poder*, referente à complexa constelação de instituições e atores envolvidos com a formulação e implementação das políticas de saúde, configurando arenas políticas com grande potencial conflitivo.

Os autores sugerem que os imperativos fiscais das décadas de 1980 e 1990 levaram a certa convergência nas reformas de vários países no que diz respeito à introdução de mudanças voltadas para conter o crescimento dos gastos na saúde⁴⁶. No entanto, em geral tais mudanças não teriam desestabilizado os sistemas de saúde, uma vez que na prática não levaram à redução de gastos e estiveram mais voltadas para fortalecer a gestão pública e assegurar a viabilidade dos sistemas, afetando mais os gestores e prestadores do que os usuários.

⁴³ Björkman e Altenstetter (1997) usam a expressão “*conceitos globais e práticas localizadas*” para indicar a variedade de resposta dos países, que seria condicionada, entre outros fatores, pelas exigências econômicas e interesses organizados.

⁴⁴ A escolha dos cinco países estudados considerou, entre outros fatores, o porte dos seus sistemas de saúde e o fato de representarem os diferentes tipos ou modelos de sistemas de saúde, envolvendo: sistemas nacionais abrangentes baseados na tributação (Reino Unido, Suécia); sistemas nacionais de saúde tardios (Itália) e sistemas baseados em seguros compulsórios (Alemanha e França).

⁴⁵ Para uma discussão mais aprofundada da abordagem das três dimensões ou faces da política de saúde, ver o trabalho original de Moran (1995).

Em relação à dinâmica das reformas, são destacados: (a) o predomínio de mudanças incrementais; (b) a combinação de fortalecimento do poder regulatório central com a implementação de instrumentos de mudança local; (c) o fortalecimento do poder dos governos em relação aos provedores e exclusão da categoria médica da condução das reformas.

Para efeito deste trabalho, um ponto importante ressaltado pelos autores é que as pressões transnacionais paradoxalmente tenderam a estender o poder dos governos nacionais na reordenação e regulação de sistemas de saúde complexos. Mesmo os processos de descentralização foram em grande medida acompanhados pelo fortalecimento do poder regulatório central. Configura-se, portanto, um aparente paradoxo: em um contexto de influências neoliberais na economia, observa-se um fortalecimento da intervenção do Estado no setor saúde, que cada vez mais exerce um papel de regulador das relações entre pressões externas e demanda interna, confirmando a importância do Estado até mesmo na sustentação dos mercados na área da saúde.

O trabalho de Figueras et. al (2002) também sugere um fortalecimento do poder de direção⁴⁷ do Estado sobre as políticas de saúde nas reformas europeias, incluindo uma maior regulação estatal sobre as políticas, em geral exercida por meio dos Ministérios da Saúde.

Esse breve panorama sobre os sistemas de proteção social e de saúde dos países avançados pode iluminar a discussão sobre o caso brasileiro, consideradas as suas peculiaridades. Cabe então indagar: quais são as especificidades da questão social no Brasil? Quais seriam as possibilidades e desafios para o desenvolvimento de políticas sociais abrangentes no contexto brasileiro, considerando as características do nosso Estado e do sistema de proteção social, assim como as transformações recentes do capitalismo mundial, em que mesmo os países europeus têm realizado ajustes em seus sólidos Estados de Bem-Estar Social?

Ao longo do século XX, a maior parte dos países latino-americanos, entre eles o Brasil, construiu sistemas de proteção social do tipo meritocrático-particularista, altamente estratificados e corporativos (Draibe, 1997). A autora qualifica esses sistemas como “imperfeitos” e “deformados”, devido a dois grupos de motivos: (a) os *estruturais*,

⁴⁶ Tais como inovações organizacionais, novos padrões de financiamento, mecanismos de competição e a adoção de novas práticas assistenciais.

⁴⁷ A expressão usada pelos autores no texto original para definir essa função primordial do Estado na saúde é “rectoria”, que indica a capacidade de definir as políticas e as regras para o sistema em seu conjunto, incluindo as diversas áreas e os atores públicos e privados.

relacionados às imensas desigualdades e exclusão social nesses países – de difícil solução apenas por meio de programas sociais – e à baixa equidade das políticas sociais na região.; e (b) os *institucionais* e *organizacionais*, referentes às seguintes características: alto grau de centralização, débil capacidade regulatória e de implementação de políticas nas esferas subnacionais; corporativismo de grupos profissionais; e fraca tradição participativa da sociedade.

No Brasil, entre 1930 e 1980, o Estado ampliou sua intervenção social em várias áreas, mas sob as características distorcidas assinaladas. A questão social no período freqüentemente é tratada pelo prisma das relações e direitos trabalhistas, o que reflete não apenas a importância dessa área de regulação estatal, mas também a configuração de um dado modelo de proteção social, calcado em uma visão restrita de cidadania e de direitos sociais. O arranjo predominante na política social no período nacional-desenvolvimentista se aproxima de um modelo corporativo e de uma concepção de “cidadania regulada”, conforme descrito por Santos (1979), para designar a incorporação fragmentada e diversificada de direitos e benefícios sociais entre as várias categorias profissionais, sendo mais precoce e expressiva para aquelas com melhor nível de organização política e inserção estratégica no modelo de desenvolvimento. De fato, isso é marcante no que diz respeito à legislação trabalhista e área previdenciária (incluindo aí a assistência médica previdenciária), e expressa uma das facetas da relação entre política econômica e social no modelo desenvolvimentista.

Isso, no entanto, não significa a passividade dos sujeitos sociais nem a mera subordinação da política social ao modelo ou às determinações econômicas. Análises do campo da história social têm demonstrado que, mesmo nos regimes ditos “populistas”, a maior parte dos avanços efetivos em termos de ampliação de direitos ou benefícios sociais tem relação com a mobilização de trabalhadores⁴⁸. Além disso, uma vez reconhecido um direito, muda-se o patamar de luta política para a sua efetivação e expansão, dentro do mesmo grupo, ou para outros segmentos da sociedade.

Ressalte-se ainda a existência, ainda que limitada, de políticas estatais em algumas áreas sociais não necessariamente vinculadas ao mercado de trabalho formal, como as políticas de saúde pública, de cunho mais universalista e as de educação básica, iniciadas (ainda que de forma lenta e insuficiente) mesmo antes dos anos 30. De alguma maneira, a expansão dessas políticas configura um processo histórico de coletivização do bem-estar

associado à expansão da autoridade estatal, seja ancorada em um projeto civilizatório da ação do Estado, no combate a males que afligem a sociedade (endemias e epidemias rurais e urbanas, analfabetismo)⁴⁹, seja voltada para a criação de condições mais adequadas ao desenvolvimento do país, como demonstra a intensificação do debate sobre as relações entre saúde e desenvolvimento no período de 1945 a 1964⁵⁰.

Ainda que desvinculadas da questão trabalhista e associadas à preocupação com a construção nacional no país, mesmo tais políticas sociais não estavam ancoradas em uma concepção ampliada do direito social e de cidadania, cuja construção foi lenta e tortuosa no caso brasileiro⁵¹.

Apesar dessas restrições e dos resultados limitados, houve uma certa dinâmica de expansão de algumas políticas sociais, incluindo as de saúde, mesmo no período de autoritarismo militar após 1964. Isso ocorre sob um modelo distorcido que, na área da saúde, teria propiciado um crescimento do segmento privado prestador de serviços ao Estado, um fortalecimento de mercados de saúde e ampliado a escala das operações econômicas na saúde, tanto no âmbito do segmento de assistência médica previdenciária, como no bojo do surgimento de um outro tipo de empresariamento na saúde.⁵²

Na década de 1980, o processo de democratização favorece a mobilização de vários segmentos da sociedade, apontando para a expansão dos direitos sociais. O Brasil apresentou a peculiaridade, em relação a outros países latino-americanos⁵³, de conduzir nos

⁴⁸ Para uma análise crítica do conceito de populismo e da suposta situação de subordinação da classe trabalhadora, ver Fortes (2004).

⁴⁹ Lima, Fonseca e Hochman (2005) destacam o papel da política de saúde na construção do Estado Nacional no Brasil, desde o início do século, quando cresce o reconhecimento da saúde como questão social e política e valorização da atuação do poder público na área em uma perspectiva civilizatória.

⁵⁰ Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005) esse debate é complexo, envolvendo diferentes dimensões e enfoques. Ao longo do período, parece ter ocorrido uma evolução de uma abordagem restrita da relação entre saúde e desenvolvimento para uma mais abrangente, inspirada pelos sanitaristas-desenvolvimentistas, que articulava o reconhecimento da saúde como resultado do desenvolvimento econômico e social, com a valorização da importância da contribuição do Ministério da Saúde no sentido de coordenação de políticas, ampliação e integração de ações, descentralização e articulação da saúde com reformas sociais. Tal debate, presente na 3ª Conferência Nacional de Saúde de 1963, teria sido de certa forma abortado pelo golpe militar de 1964.

⁵¹ Carvalho (2002) analisa historicamente a construção da cidadania no Brasil. Para uma retrospectiva da trajetória das políticas sociais e periodização do desenvolvimento do sistema de proteção social brasileiro, ver Aureliano e Draibe (1989).

⁵² Ver a propósito Oliveira e Teixeira (1989); Braga e Paula (1986) e Cordeiro (1984).

⁵³ Draibe (1997) assinala que também em outros países latino-americanos as expectativas em torno dos processos de democratização nos anos 80 pareciam impulsionar os tímidos sistemas de proteção social para um padrão mais universal. Entretanto, o que se observou foi a fragilidade do gasto social face aos imperativos de uma política econômica orientada pelo ajuste fiscal e limitação de gastos públicos. Assim, na maior parte dos países não houve reformas globais do sistema de proteção e alguns fizeram-na no sentido oposto ao do universalismo, como foi o caso do Chile. Soares (2001) também sugere o impacto social adverso do ajuste estrutural e da opção por políticas sociais de corte neoliberal nos anos 80 e 90 em vários

anos 80 um amplo processo de reforma sanitária de inspiração universalista⁵⁴ que resultou na implantação do Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988, inserido em uma concepção de Seguridade Social.

A concretização de um sistema abrangente de Seguridade Social tal como proposto pela Constituição, é, no entanto, abalada logo no início dos anos 90, e ao longo da década enfrenta dificuldades estruturais, institucionais e conjunturais. No plano estrutural, destacam-se a heterogeneidade e estratificação da sociedade brasileira, o modelo hegemônico de desenvolvimento, o caráter fragmentado e excludente do sistema de proteção brasileiro, a configuração das relações entre Estado e Sociedade, e entre público e privado no Brasil⁵⁵.

No plano político-institucional, a trajetória prévia e as características distorcidas do sistema de proteção social brasileiro representam desafios importantes para a sua transformação radical no sentido de um sistema mais integrado, universal e inspirado em uma concepção ampla de cidadania. Nesse sentido, a aplicação do argumento de “path-dependence” -usado por Paul Pierson para explicar a resistência dos Welfare States europeus - ao caso brasileiro sugere uma situação bastante adversa, visto que seriam necessárias mudanças substantivas nas instituições políticas e administrativas, na coordenação das políticas públicas e na sua base social de apoio para conformar um novo modelo de intervenção estatal e viabilizar os avanços sociais necessários.

Se o processo de democratização dos anos 80 traz a esperança de rupturas mais drásticas voltadas para a construção de uma sociedade mais justa e propicia o desencadeamento de processos de reforma em algumas áreas, a virada liberal-conservadora dos anos 90 viria a frustrar em grande parte tais expectativas, com repercussões diretas e indiretas sobre a questão e a política social. A política econômica pautada pela

países latino-americanos, influenciados pela agenda de organismos internacionais. As distorções na atuação do Estado na área social se manifestariam por: (a) *caráter regressivo do financiamento social*; (b) *tipo de descentralização dos serviços sociais*, sob inadequadas condições financeiras e institucionais; (c) *privatização total ou parcial dos serviços sociais*; (d) *focalização de ações e serviços*; (e) *retorno à família e às entidades não lucrativas como agentes de bem-estar*. Para a autora, o Brasil só teria fugido a essa dinâmica no curto período de 1985 a 1988.

⁵⁴ Sobre a reforma sanitária brasileira e os caminhos da política de saúde nos anos 80, ver Escorel et al. (2005), Teixeira (1989) e Noronha e Levcovitz (1994). Não havia um projeto único de reforma entre os atores envolvidos no movimento sanitário; mas havia sim um consenso em torno da idéia de conformação de um sistema universal, baseado no reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

⁵⁵ Werneck Vianna (1998) salienta a ausência no Brasil de alguns fatores relevantes na política social européia para a sustentação do *Welfare State*, como um formato político-institucional que envolva pactos sociais por meio de estruturas neocorporativas, que caracterizam as relações entre trabalhadores e empregadores e sua articulação com o Poder Público em vários países europeus. No Brasil, ao contrário, observa-se uma predominância do lobismo sobre o neocorporativismo nas relações entre Estado e sociedade.

liberalização, contenção da inflação e estabilização monetária tem efeitos adversos para o crescimento econômico e restringe o gasto social. As reformas orientadas para o mercado e a agenda hegemônica de reforma administrativa impõem limites à necessária expansão da atuação e da capacidade do Estado na coordenação de um sistema integrado de proteção social, orientado por uma visão de direito e de cidadania nacional.

Logo no início da década, a situação de instabilidade no financiamento e as estratégias de reforma administrativa evidenciam as limitações à concretização da Seguridade Social⁵⁶, sendo exemplos objetivos de dificuldades: o encaminhamento separado da regulamentação das três áreas da Seguridade (Previdência, Saúde, Assistência Social); o retorno da Previdência para o Ministério do Trabalho no Governo Collor; a não implementação do Orçamento da Seguridade Social e as restrições financeiras à área social; as medidas de redução do tamanho do Estado, com extinção de estruturas e cortes de funcionários em várias áreas; uma acentuação da descentralização em algumas áreas, porém sob condições adversas. Assim, nos anos 90, as políticas sociais brasileiras – as que compõem a noção constitucional de Seguridade e as demais - seguem trajetórias separadas, e ao invés de um modelo integrado de proteção social, predomina a fragmentação de políticas e a competição por recursos na área social.

O modelo econômico contribui para o agravamento do quadro social, predominando o baixo crescimento econômico, deterioração da situação de emprego (aumento do desemprego e dos postos de trabalho precários) e persistência das graves desigualdades sociais e de renda. Além disso, a direção das políticas econômicas impõem limites à implantação de políticas sociais baseadas em uma concepção ampliada de direito, seja pelos limites aos gastos sociais, seja pelos incentivos à expansão de mecanismos de mercado. Assim, a interação entre política econômica e social no período é em geral adversa à redução das desigualdades e expansão da cidadania e do bem-estar social.

Mas quais as perspectivas de mudança das políticas sociais nesse contexto? Ao assumir que tais políticas não são meramente subordinadas a determinações estruturais e econômicas, mas têm uma singularidade, conforme a proposta analítica de Lenhard e Offe (1984), cabe procurar compreender as possibilidades e limitações dos avanços nas políticas sociais a partir de estudos específicos.

⁵⁶ Os obstáculos à concretização da Seguridade Social são também abordados por Baptista (1998) e Noronha (2005) e serão retomados ao longo deste trabalho. Fagnani (2005) situa tais obstáculos no bojo de um processo de contra-reforma conservadora das políticas sociais, cuja gestação teria se iniciado ainda durante a Nova República no período de 1987 a 1992, em sentido oposto às estratégias reformistas então em curso no Executivo federal e na Assembléia Nacional Constituinte.

Até que ponto alguns processos de reforma na área social conduzidos ou iniciados nos anos 80, no bojo da democratização da sociedade brasileira, tiveram fôlego para ampliar a base de apoio social e levar a mudanças substantivas nas instituições e no quadro da proteção social brasileira? Além dos avanços constitucionais, que outros elementos teriam sido plantados para a configuração de um novo caminho para as políticas sociais? As mudanças no âmbito da política social no interregno dos anos 80 – quando a democratização precede a liberalização econômica - teriam sido suficientes para criar bases e condições mais favoráveis para o desenvolvimento dessas políticas nos anos subsequentes (configurando uma situação de “path-dependence” mais favorável)? E, nos anos 90, como teriam se configurado essas políticas, em face do contexto político-econômico desfavorável já relatado?

Em artigos recentes, Draibe (2002 e 2003) aponta um aparente paradoxo: apesar das distorções históricas do sistema de proteção social brasileiro, e da conjuntura econômica adversa do período 1980-2002, a autora identifica avanços institucionais em várias áreas da política social brasileira. Para a autora, o período 1980-1994 teria sido marcado por uma primeira onda de reformas, resultando em um imenso contraste entre esforços reformistas, avanços constitucionais e pífios resultados no que concerne à superação dos mecanismos clientelistas e apropriação privada de recursos. Já o segundo ciclo de reformas, de 1995 a 2002, período dos dois governos Fernando Henrique Cardoso, teria se caracterizado por uma tendência a mudanças incrementais em vários setores da política, compreendendo avanços importantes em algumas áreas, no âmbito das concepções, financiamento, modo de operação e estilo de gestão das políticas sociais. A autora apresenta até mesmo uma visão otimista acerca do processo de coordenação das políticas sociais durante os governos FHC e de sua relativa resistência às pressões por cortes e redução dos gastos sociais (Draibe, 2003).

A autora sugere um quadro contraditório, em que as lacunas da proteção social brasileira não poderiam ser atribuídas a um suposto recuo do Estado, visto que essa não teria sido a orientação das reformas. Ao contrário, observa-se a forte presença do Estado na área social e se registram resultados positivos no plano institucional, certa ampliação do universalismo e até mesmo redução de algumas distorções do sistema.

Se a visão da autora é otimista em relação aos avanços institucionais no âmbito das políticas sociais, não se pode dizer o mesmo quanto à sua visão sobre os resultados dessas políticas e da sua relação com as determinações estruturais. No seu entendimento, os pífios resultados alcançados em termos de redução das desigualdades do país apontam para os

limites das políticas sociais, que esbarram em fenômenos estruturais de longa duração, agravados nos últimos anos pelo baixo crescimento econômico, forte desemprego, precarização das relações de trabalho e redução da renda das famílias, em uma situação que fragiliza as próprias políticas sociais, mesmo quando aperfeiçoadas por reformas (Draibe, 2002).

Já Fagnani (2005) apresenta uma visão mais pessimista, ao argumentar que os anos 90 foram bastante adversos para as políticas sociais brasileiras em seu conjunto, uma vez que as diretrizes da Constituição de 1988 relativas a várias áreas sociais teriam sido modificadas por uma série de sucessivas contra-reformas e leis tópicas entre 1993 e 2002. O autor admite, entretanto, que as áreas da saúde, educação e assistência teriam sido marcadas no período por um paradoxo, representado pela existência de avanços institucionais, colocados em risco pelas restrições econômicas.

Estudos sobre políticas específicas se mostram fundamentais para uma maior aproximação à complexidade da relação entre as peculiaridades de uma dada política social, sua inserção no sistema de proteção social e relação com as demais políticas públicas relevantes. Nesse ponto, cabe retomar o foco nas políticas de saúde.

Alguns traços da trajetória dessa política no caso brasileiro já foram tangencialmente abordados. Entre os relevantes para os fins deste trabalho, cabe destacar: (a) a trajetória dual do sistema de saúde brasileiro – dividido entre políticas de saúde pública e de assistência médica previdenciária- que traz desafios para a unificação da condução da política de saúde nos anos 90; (b) a inserção da política de saúde no padrão de atuação estatal e a complexidade do debate entre saúde e desenvolvimento, que adquirem nova dimensão no contexto atual; (c) o aumento do peso do setor privado e dos mercados em saúde a partir da década de 60, que leva a distorções no modelo assistencial e um aumento da estratificação e das desigualdades no sistema; (d) e o caráter (mais que tardio) da reforma universalista dos anos 80, quando a saúde é reconhecida pela primeira vez como direito de cidadania, justamente em um contexto de crescentes pressões para a retração do papel do Estado Nacional, liberalização econômica e expansão dos mercados em várias áreas.

A preocupação com as relações entre determinações estruturais, as especificidades e as possibilidades da política de saúde já estava colocada por intelectuais envolvidos com a questão sanitária ao longo da história republicana brasileira, sendo expressões dessa reflexão o reconhecimento da saúde-doença como questão social e política no início do século e o sanitarismo desenvolvimentista dos anos 60. Ainda nos anos 70, em que pese o

contexto autoritário, alguns sanitaristas avançam na reflexão sobre as contradições e dilemas nas relações entre capitalismo, políticas sociais e de saúde, em um rico movimento que continua nos anos 80, representando a base teórico-analítica que inspira a reforma sanitária brasileira.

Uma primeira vertente de debate, de inspiração marxista e caráter crítico em relação ao modelo de desenvolvimento hegemônico nos anos 70, ressalta a incapacidade da sociedade capitalista em satisfazer as necessidades que ela própria cria, como adverte Sérgio Arouca:

“O segundo círculo das necessidades produzidas pela produção capitalista torna-se mais evidente nos chamados países periféricos e (ou) dependentes. O mecanismo ideológico que opera nessas condições é colocar o problema como situado fora do processo produtivo, ou seja, situado nos chamados problemas sociais, como a educação, a saúde, a previdência e a assistência social. O aparelho produtivo, em vez de causa, é transformado em solução. Ao se intensificar a industrialização, conseguir-se-iam os meios necessários para a solução dos problemas sociais. Porém, o mecanismo não pára, já que aqueles setores ligados aos problemas sociais recebem o encargo de encontrar soluções no nível interno, como a extensão rural, a reforma agrária, os programas nutricionais, educativos e de atenção médica. Portanto, por um mecanismo supra-estrutural, o modo de produzir os bens materiais é absolvido de suas relações com o modo de andar a vida, cuja problemática deve ser resolvida nos seus próprios níveis.” (Arouca, 2003, p. 236)⁵⁷

A argumentação do autor é crítica tanto em relação ao (artificial) descolamento entre a esfera econômica de produção capitalista e a geração dos problemas sociais, quanto em relação à possibilidade de solução desses problemas como decorrência “natural” da industrialização ou por meio de políticas sociais isoladas. A redução dos problemas sociais passaria necessariamente por transformações no modelo de desenvolvimento.

Uma segunda vertente de estudos aponta as relações entre capitalismo, atuação do Estado, setor privado e empresariamento na saúde, enfocando a conformação do modelo médico-assistencial privatista, os subsídios estatais diretos e indiretos ao setor privado, a origem e a expansão das empresas médicas⁵⁸.

⁵⁷ O trabalho original é a tese de doutorado do autor, defendida em 1975.

⁵⁸ Ver por exemplo, Oliveira e Teixeira (1989); Braga e Paula (1986) e Cordeiro (1984).

Não é por acaso que a agenda da reforma sanitária dos anos 80 é abrangente e, ao defender a saúde como direito de cidadania, defende também uma concepção ampla da saúde como resultado de políticas econômicas e sociais integradas. Também não é por acaso que, na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988, algumas questões de interesse para a indústria e o capital privado na saúde – indústria de medicamentos e assistência farmacêutica, regulação dos segmentos privados - são objeto de conflitos, levando ao estabelecimento de consensos genéricos ou a omissões na Constituição de 1988. Ainda assim, os avanços constitucionais são importantes e representam novas bases para a luta social na década seguinte.

No contexto dos anos 90, se por um lado a democratização traz possibilidades de avanços importantes para a política de saúde no plano político, a hegemonia do liberalismo econômico e das pressões por retração do Estado configuram-se como forças adversas a uma sinergia entre políticas econômicas e sociais favorável ao bem-estar e à saúde da população. Além da fragmentação da Seguridade e da trajetória isolada (e às vezes concorrente por recursos) das políticas sociais, já mencionada, as políticas econômicas também são restritivas para o crescimento, desenvolvimento social e atenuação das desigualdades, assim como para a própria conformação e condução de políticas sociais abrangentes.

No que diz respeito à saúde, além das limitações referentes ao financiamento setorial, estratégias e políticas em outras áreas têm implicações importantes para a expansão do sistema público, que apresenta a peculiaridade de ser, ao mesmo tempo, muito dependente de mão-de-obra e do uso de tecnologias, algumas de custo elevado. Por um lado, as transformações no mundo do trabalho e as pressões de retração do funcionalismo público trazem limites à expansão de empregos públicos qualificados e com bom nível de remuneração, necessária à expansão do acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, fatores como o limitado investimento em ciência, tecnologia e inovação, o baixo crescimento da indústria nacional, as mudanças nas políticas comerciais e na legislação de propriedade intelectual conformam um quadro de alta dependência de insumos e tecnologias importados, gerando déficits na balança comercial e grande vulnerabilidade nacional, o que impõem dificuldades adicionais à expansão e sustentabilidade do sistema público de saúde em curto, médio e longo prazos.

Enquanto isso, o setor privado de assistência médica suplementar, que já vinha se expandindo nas décadas de 70 e 80, continua a crescer nos anos 90 (embora em ritmo mais lento) e os gastos privados das famílias com saúde são altos na maior parte do período,

resultados e ao mesmo tempo condicionantes da estratificação e desigualdades da sociedade brasileira. Nota-se no Brasil um sistema de saúde segmentado, sem que haja uma separação absoluta entre os subsistemas, visto que existem conexões entre o Sistema Único de Saúde, de caráter universal⁵⁹, e os segmentos privados, seja no plano do financiamento (subsídios estatais aos gastos privados), da oferta (prestadores comuns) ou da demanda (por exemplo, pessoas que tem planos podem usar o SUS).

Se alguns desses temas de política situados na interface entre o econômico e o social não ocupam centralidade no debate acadêmico ou na agenda dos dirigentes da saúde em boa parte do período do estudo, menor ainda é o espaço da política de saúde na reflexão e na agenda dos economistas brasileiros, a não ser pelo prisma dos gastos setoriais, ou seja, da visão da saúde como despesa pública.

Mesmo entre os economistas mais progressistas, que defendem o papel do Estado na promoção do bem-estar, a saúde como direito e a importância do gasto público em saúde, não é freqüente a abordagem da política de saúde na perspectiva de sua contribuição para o desenvolvimento. É curioso que a combinação virtuosa entre políticas sociais e desenvolvimento seja mais facilmente pensada para outras áreas, como a educação, a habitação, ou mesmo o combate à pobreza. Em tempos de hegemonia do pensamento neoliberal, não é comum entre os economistas a ênfase no papel do setor saúde na geração de empregos qualificados, no fomento à inovação, ao desenvolvimento tecnológico e à indústria nacional, áreas que por sinal têm sido prejudicadas pela políticas econômicas adotadas a partir dos anos 90.

Um esforço analítico nesse sentido tem sido feito por Gadelha (2002 e 2003), que retoma por um lado a tradição do pensamento desenvolvimentista, e por outro, o conhecimento acumulado sobre as relações entre sistema capitalista e a saúde, procurando avançar na reflexão sobre a possibilidade de se promover no Brasil um novo modelo de desenvolvimento, ou um “capitalismo de bem-estar”, no qual a política de saúde poderia desempenhar um papel fundamental. Outros trabalhos têm discutido tais relações a partir do foco em áreas ou políticas específicas, como a política de medicamentos (Bermudez, 1995), de imunizações/ vacinas (Temporão, 2002) e de ciência e tecnologia (Guimarães, 2005), entre outras.

⁵⁹ Faveret Filho e Oliveira (1990), ainda no final dos anos 80, denominaram de “universalização excludente” o fenômeno de expansão do direito do acesso à saúde no Brasil, associado à saída do sistema público de segmentos médios da população que puderam optar por planos privados oferecidos por um setor de assistência médica suplementar em acelerada expansão.

Tais trabalhos enfatizam a necessidade de combinar o reconhecimento da saúde como direito de cidadania (como um valor ético fundamental da sociedade e baseado na visão do bem-estar social como finalidade primordial do desenvolvimento) e a dimensão econômica da política de saúde (no sentido do reconhecimento do peso econômico do setor e da valorização de sua potencial contribuição para um novo modelo de desenvolvimento, mais soberano e orientado para o bem-estar).

Essa visão é compatível de certa forma com as idéias de Amartya Sen (2000) sobre a consideração da liberdade – em suas várias dimensões - como fim (caráter substantivo) e como meio (caráter instrumental) de qualquer processo de desenvolvimento, que se baseia no reconhecimento da possibilidade de combinação entre desenvolvimento e bem-estar da população.

Mas como tais questões se expressam concretamente na condução da política nacional de saúde no período de 1990 a 2002? Que temas são tratados e priorizados no âmbito da política de saúde e como ela se articula com as demais políticas de governo? Em que medida a política de saúde se configura como política de Estado e qual a sua inserção nos projetos de governo? Quais são os condicionantes e limites da política de saúde? Qual a governabilidade e participação da autoridade sanitária no enfrentamento de questões relevantes para a saúde (mesmo as que transcendem os limites setoriais)?

Embora sem a pretensão de responder todas essas questões, os próximos capítulos buscam contribuir para tal reflexão, a partir da análise da atuação do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002.

Capítulo 2 - Descentralização e unificação: moldando o novo Ministério da Saúde

Neste capítulo, são discutidas algumas questões relativas a dois movimentos importantes para a redefinição do papel e do padrão de atuação do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002: a descentralização político-administrativa em um contexto federativo e a conformação de uma autoridade sanitária nacional única no Brasil em decorrência da unificação institucional entre Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

No primeiro item, são identificados elementos relevantes para a reflexão sobre os desafios colocados pela descentralização para o papel do gestor federal da saúde no caso brasileiro, a partir do recurso a estudos comparativos internacionais selecionados sobre federalismo e políticas de saúde e da consideração das especificidades do federalismo no Brasil.

O segundo item procura mapear sinteticamente as principais características do modelo de atuação do Estado na saúde expresso pelos antigos gestores do sistema de saúde, com destaque para o modelo vigente no fim dos anos 80, com o objetivo de subsidiar a discussão empreendida nos capítulos subsequentes sobre os elementos de continuidade e de mudança no padrão de atuação do Ministério da Saúde na política nacional de saúde no período do estudo⁶⁰.

Descentralização, federalismo e papel do Estado Nacional na saúde

A descentralização tem sido um fenômeno marcante nos processos de reforma dos Estados nas últimas décadas, assim como as estratégias de privatização. Conforme assinala Dente (1997), o papel e o poder dos Estados Nacionais têm sofrido pressões “pelo alto”, por fatores como a globalização financeira, atuação de multinacionais, abertura comercial, formação de blocos econômicos; “por baixo”, pelos processos de descentralização e privatização; e “lateralmente” pela constituição de autoridades administrativas independentes.

Nas federações, os processos de descentralização apresentam peculiaridades que variam de acordo com as características do país, o modelo federativo e com as áreas da

⁶⁰ Cabe ressaltar que uma análise histórica da(s) autoridade(s) sanitária(s) foge ao escopo deste trabalho, existindo outros estudos que abordam essa questão, citados ao longo do texto.

política pública. Um conceito comumente aceito de federalismo⁶¹ é apresentado por Elazar (1987), que define o federalismo como um conjunto de instituições políticas que dão forma à combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado (“*self rule plus shared rule*”), implicando um compromisso entre difusão e concentração de poder político em função da luta política e concepções predominantes sobre os contornos do Estado nacional e os graus desejáveis de integração política e equidade social⁶².

Na realidade, as transformações mundiais recentes tem reacendido o debate federativo em novas bases, com ênfase nas suas relações com a soberania e a unidade dos Estados. Em uma perspectiva ampliada, autores que analisam as mudanças recentes no contexto europeu⁶³ identificam nos sistemas federativos alguns elementos interessantes para lidar com a complexidade das sociedades contemporâneas. Dente (1997) ressalta como um traço do federalismo a flexibilidade institucional que, se por um lado torna difícil a definição *a priori* de um modelo mais adequado de repartição de responsabilidades, por outro possibilita ajustes *ad hoc* nos processos de formulação de políticas públicas e descentralização. O autor alerta para a importância de deslocar o foco do debate do modelo ideal de federalismo para as condições necessárias ao funcionamento adequado do federalismo e da descentralização, valorizando as transformações das instituições, o aumento da capacidade da administração pública e a mobilização dos atores locais relevantes. Já Sharpe (1997) ressalta a relação estreita entre federalismo e descentralização no contexto atual, em que a idéia de federação de certa forma vem contrapor o elemento de identidade (regional/local) ao elemento igualitário (nacional).

Mas, se até o momento não há evidências de que a globalização tenha destituído os Estados Nacionais de seu papel estratégico, inclusive no bem-estar social; e se as

⁶¹ Almeida (2001) salienta a diversidade de abordagens possíveis sobre o federalismo— histórica, econômica, jurídica, política – e faz um balanço dos principais autores no âmbito da ciência política, destacando o federalismo como um campo temático ainda em desenvolvimento e a dificuldade de estabelecimento de consensos mínimos.

⁶² Nas palavras do autor “...*federalism is concerned simultaneously with the diffusion of political power in the name of liberty and its concentration on behalf of unity or energetic government.*” (Elazar, 1987, p.33).

⁶³ No entanto, já em 1945, no contexto da democratização na Itália após a II Guerra Mundial, Norberto Bobbio (Bobbio, 2001) procurava abordar a questão federativa em uma perspectiva ampla, apontando que problema federalista teria “duas faces” inseparáveis - o federalismo entre os Estados e o federalismo dentro de um Estado –, trazendo à tona o debate sobre um possível federalismo europeu e a necessidade de fortalecimento das autonomias regionais dentro do Estado italiano. O autor defendia o federalismo como questão de princípio, aplicável mesmo a Estados unitários, associado à idéia de democracia e liberdade, a ser assegurada por meio do respeito à diversidade local. Tal perspectiva implicaria uma revisão da política de equilíbrio dos Estados modernos, voltada para a transformação mais ampla da sociedade, associando unificação e liberdade.

federações são estruturas “não centralizadas” por definição⁶⁴, cabe indagar: que desafios os processos de descentralização suscitam em relação ao papel do Estado Nacional em políticas sociais específicas, considerando a dimensão dos direitos sociais e da cidadania nacional?

Abrucio (2004) destaca que a descentralização⁶⁵ não tem qualidades intrínsecas e tampouco está isenta de aspectos negativos. Assim, o autor identifica cinco questões principais que devem ser consideradas em qualquer modelo de descentralização: (a) a constituição de um sólido pacto nacional; (b) o ataque às desigualdades regionais; (c) a criação de um ambiente contrário à competição predatória entre os entes subnacionais; (d) a montagem de boas estruturas administrativas no plano subnacional; e (e) a democratização dos governos locais.

Para o autor, três pressupostos gerais devem balizar os processos de descentralização: (1) a opção não deve ser centralização ou descentralização, o segredo está no relacionamento entre elas; (2) a descentralização envolve um projeto nacional e várias rodadas de negociação; (3) a descentralização exige a construção de capacidades tanto dos governos subnacionais quanto do governo nacional, que deve se habilitar para o repasse de funções e o exercício de um papel coordenador.

Almeida (2001), por sua vez, ressalta que em países federativos as relações intergovernamentais na implementação de políticas públicas – incluindo as sociais – assumem formas peculiares, caracterizadas tanto pela negociação entre esferas de governo quanto pelo conflito de poder, no cerne do qual está a definição do grau de jurisdição política autônoma do governo nacional e dos governos subnacionais.

Tais questões têm implicações importantes para a análise da atuação da autoridade nacional no caso específico da política de saúde no Brasil, em um contexto de reformas no papel do Estado e de descentralização político-administrativa. Para subsidiar a análise do papel do Ministério da Saúde brasileiro no período do estudo, cabe empreender dois esforços: (a) um levantamento de variáveis relevantes para esse tipo de análise, a partir do recurso a estudos comparativos sobre a experiência recente de outros países federativos no

⁶⁴ Esse ponto é enfatizado por Almeida (2001).

⁶⁵ O conceito de descentralização aqui adotado é o proposto pelo autor: “um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado nacional, que resulta da conquista ou transferência efetiva de poder decisório a governos subnacionais, os quais adquirem autonomia para: (1) escolher seus governantes e legisladores; (2) comandar diretamente sua administração; (3) elaborar uma legislação referente às competências que lhes cabem; (4) cuidar de sua estrutura tributária e financeira.” (Abrucio, 2004, p.3)

que tange à condução da política nacional de saúde em um contexto de descentralização⁶⁶; (b) a consideração das peculiaridades histórico-estruturais do federalismo brasileiro.

Em relação ao primeiro ponto, já se apontou que o Estado Nacional teve um papel importante na consolidação de sistemas de proteção social abrangentes e na sua resistência às pressões por reformas radicais. Mais ainda, levantou-se que a garantia de direitos sociais universais por meio desses sistemas pode ser considerada uma expressão importante da democracia nos países avançados.

Mas quais seriam as especificidades das políticas sociais abrangentes em países federativos? Em primeiro lugar, cabe lembrar que a federação implica, do ponto de vista político-institucional e organizacional, na divisão e compartilhamento do poder de Estado em mais de um nível de governo, imprimindo desafios específicos para a implantação de políticas sociais de caráter nacional e universal. Em segundo lugar, no que concerne aos ideais de liberdade, democracia e cidadania (em sua acepção plena, que inclui a garantia de direitos civis, políticos e sociais), o arranjo federativo suscita dilemas relacionados à compatibilização de valores e solidariedade nacional com autonomias e identidades locais.

Tais questões têm sido abordadas por alguns estudos comparativos entre países que enfocam as relações entre o sistema político federativo e as políticas nacionais de saúde. O trabalho de Banting e Corbett (2001) procura examinar as implicações do federalismo para o sistema de saúde em cinco federações⁶⁷. Um importante aspecto discutido é como o federalismo afeta as respostas dos sistemas sanitários às pressões recentes de reforma, particularmente no que concerne à ampliação do acesso dos cidadãos às ações de saúde e à efetividade das estratégias de contenção do crescimento dos custos no setor saúde.

Como pressuposto inicial, os autores reconhecem a dificuldade de análise da influência de uma dada variável institucional isoladamente – no caso, o federalismo – nos desdobramentos de uma política, já que mesmo as abordagens institucionalistas admitem a interação de diversas variáveis na determinação das políticas. Ressalte-se que os sistemas sanitários dos países estudados apresentam diferenças muito importantes⁶⁸, sendo difícil isolar o quanto o desenho federativo em si afeta a política de saúde. Ainda assim, os

⁶⁶ Almeida (2001) defende a necessidade da realização de pesquisas comparadas para a validação de tipologias e de hipóteses que tendem a ser muito referidas a casos nacionais específicos, sem relação clara com nenhuma teoria sobre o federalismo.

⁶⁷ Os países estudados são: Austrália, Bélgica, Alemanha, Canadá e Estados Unidos.

⁶⁸ Bélgica e Alemanha apresentam sistemas de saúde abrangentes baseados em arranjos corporativos e prestação local intermediada por fundos sociais; Austrália e Canadá têm sistemas abrangentes universais geridos por órgãos públicos; e os EUA têm um sistema misto, com grande peso do setor privado e políticas públicas focalizadas para segmentos da população (Banting e Corbett, 2001).

autores alertam para a existência de evidências na literatura de que o sistema federativo e a descentralização tenderam a constranger a expansão do *Welfare State* no século XX⁶⁹.

Em face da diversidade de arranjos federativos existentes, com repercussões diferentes sobre as políticas públicas, Banting e Corbett (2001) adotam uma abordagem que considera como variável fundamental para a comparação da atuação federal na área da saúde o papel dos diferentes níveis de governo na definição da estrutura básica⁷⁰ da política de saúde, visando identificar em que medida as características fundamentais de um regime de política são definidas centralmente ou regionalmente. Para os autores, é importante considerar tanto a *abrangência da definição nacional da política* (em que medida tal definição dá conta das questões mais importantes ou deixa espaço para variações regionais) quanto a *forma de definição da política no âmbito nacional* (em que medida a estrutura básica da política nacional de saúde é definida unilateralmente pelo governo central ou em conjunto com os governos subnacionais).

Os autores defendem a importância dessas questões, alegando que a abordagem “fiscal” do federalismo – a análise das transferências intergovernamentais de recursos - seria relevante porém incompleta para dar conta do papel dos diferentes níveis de governo na política, uma vez que podem existir situações de execução bastante descentralizada de gastos, mas com definição da política fortemente centralizada no âmbito nacional.

No que diz respeito às implicações do federalismo para os resultados das políticas de saúde em termos de acesso às ações de saúde, Banting e Corbett (2001) destacam como um desafio para os países federativos o balanço entre o compromisso de concretização da cidadania social por meio da garantia de uma série de ações à toda a população do país, e o respeito às comunidades regionais, que requer descentralização da tomada de decisões e espaço para diversificação das ações de saúde no nível estadual. No estudo em questão, os autores identificam que os cinco países estudados lograram assegurar certa homogeneidade no acesso aos serviços de saúde nas várias regiões. Mas ressaltam que essa homogeneidade depende da articulação entre dois instrumentos-chave: detalhamento nacional da política e existência de transferências federais de equalização, que podem ter a capacidade de

⁶⁹ Os autores, ao realizar uma comparação dos gastos em saúde em países federais e não-federais da OCDE para o ano de 1998, evidenciam um maior peso do gasto privado nos países federativos (mesmo quando os EUA são excluídos do grupo para comparação), que se mantém em todo o período 1960 – 1998, embora o gasto total em saúde como percentual do PIB seja maior nesses países e eles também pareçam apresentar maior lentidão na resposta às pressões por contenção de gastos totais nas últimas décadas. Por outro lado, no que concerne a alguns indicadores de saúde – expectativa de vida e mortalidade infantil – não se observaram diferenças significativas entre os países federativos e não-federais da OCDE.

promover alguma redistribuição entre regiões. Os autores alertam que o esmorecimento de um desses dois instrumentos poderia levar a menor capacidade de assegurar níveis uniformes de acesso e tensionar até mesmo a idéia de um sistema nacional.

No que concerne ao segundo resultado de política focado pelo estudo de Banting e Corbett (2001) - a contenção de custos do sistema - o trabalho sugere que a maior dificuldade dos países federativos conterem o crescimento de custos na área da saúde pode estar relacionada na verdade à tendência, em situações de pressão por contenção no âmbito federal, de transferência da responsabilidade de financiamento para outros níveis de governo ou de aumento do gasto privado (“cost-shifiting”).

Como conclusões gerais do estudo, Banting e Corbett (2001) destacam os seguintes pontos: (a) as instituições federativas não são determinantes isoladas do modelo de sistema de saúde adotado, visto que o federalismo é compatível com diversos modelos; (b) em todas as federações estudadas o governo federal desempenha um papel relevante, e as pressões por descentralização tendem a ter menos impacto no balanço entre governo central e regional nesse setor de política pública do que em outros, mesmo em sistemas federativos fortemente descentralizados; (c) as particularidades do arranjo e das instituições federativas em cada país têm importância para elementos-chave do sistema de saúde, como a dimensão de cidadania social (aferida pela análise do acesso às ações de saúde) e a agenda de racionalização de custos.

Já o trabalho de France (2001) enfoca as condições necessárias para garantir em um país com um sistema de saúde descentralizado, padrões sanitários relativamente uniformes em todo o território, que assinalem a existência de uma política nacional de saúde. O autor procura, a partir da análise da situação de três países federativos que têm sistemas nacionais abrangentes e experiência de descentralização da política de saúde – Alemanha, Austrália e Canadá - , extrair lições para o debate sobre o sistema de saúde italiano, que tem passado por transformações relacionadas à introdução de um “federalismo fiscal” e à radicalidade da descentralização para as regiões.

Apesar das dificuldades relativas à conceituação e definição de padrões sanitários nacionais, o autor destaca a sua relevância em termos de solidariedade social nacional e de reconhecimento da saúde como direito de cidadania em um dado país. A existência de padrões nacionais implicaria, no mínimo, na garantia de alguns princípios fundamentais do sistema de saúde em todo o território nacional e a adoção de estratégias de promoção da

⁷⁰ O termo original usado pelos autores é “*basic framework*”, que seria a estrutura fundamental que dá forma

equidade em saúde⁷¹. Como principais variáveis que podem influenciar o papel e a capacidade do governo federal em garantir padrões sanitários nacionais, o autor identifica: o poder constitucional e normativo das esferas de governo; a carga financeira federal; a legitimidade do governo nacional; a popularidade do sistema de saúde; a especificidade dos padrões sanitários nacionais; a cultura de negociação intergovernamental; a solidariedade social nacional⁷².

France (2001) enfatiza que os países federativos, ao lidar com setores estratégicos como a saúde, precisam imprimir um “estilo nacional” à política. Nas situações em que a gestão da saúde é fortemente descentralizada, é mais provável que o governo nacional se torne um defensor e promotor dos padrões sanitários nacionais. Se isso é verdadeiro, pode-se dizer que a plena e efetiva responsabilização dos entes territoriais na saúde não representaria um perigo para a garantia dos padrões nacionais, mas ao contrário, uma oportunidade de assegurá-los de modo efetivo, à medida que o governo federal/central volte a sua atuação para a redução das diferenças quantitativas e qualitativas da atenção entre as regiões. Entretanto, em um contexto caracterizado por forte propensão à descentralização, é necessário encontrar estratégias para promover o interesse nacional, tais como:

- (a) no plano da legitimidade política, a negociação permanente com os vários atores envolvidos no setor saúde e a busca de consenso entre os cidadãos acerca da importância de um sistema sanitário de caráter nacional, visando evitar a erosão da solidariedade social e iniciativas regionais de modificação drástica nas características chave do sistema;
- (b) no plano do financiamento setorial, a adoção de um modelo voltado para a garantia do direito, a promoção dos padrões nacionais e a redução da iniquidade;

e sustentação à política.

⁷¹ Em alguns países, como no Canadá, a importância da definição de padrões sanitários nacionais também poderia ser atribuída à idéia de que um sistema sanitário nacional pode ajudar a união nacional. Já a Itália, apesar de não ter a sua sobrevivência como Nação colocada em dúvida, é caracterizada por marcantes diferenças entre as regiões, comunidades locais com forte senso de identidade, e a presença de uma identidade nacional em permanente construção. Nesse sentido, o autor assinala que é possível interpretar a atuação do Ministério da Saúde italiano em termos de busca da cidadania nacional; bem como é possível interpretar os conflitos entre o Ministério e as regiões como um embate entre os que tentam proteger os interesses da comunidade nacional e aqueles que buscam construir a comunidade regional.

⁷² A análise dessas variáveis em relação aos quatro países estudados sugere uma alta possibilidade de manter padrões sanitários nacionais, no caso da Austrália e da Alemanha; uma possibilidade média no caso da Itália; e uma baixa possibilidade de manter tais padrões, no caso canadense. Assinale-se, no entanto, que o grau de heterogeneidade social e de desigualdades em saúde é bem maior no Brasil do que em todos esses países.

- (c) no plano da capacidade de gestão do sistema, consolidação de uma rede de cooperação técnica e apoio à gestão para o alcance dos objetivos sanitários, particularmente voltada para as regiões que mais precisem; criação de uma rede nacional de informações ampla, voltada para o acompanhamento e a comparação entre as regiões;
- (d) no plano da pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde - área de atuação estratégica do governo nacional - formulação e implementação de políticas relevantes para o sistema de saúde.

A grande questão formulada pelos autores é a seguinte: será que uma dada federação tem condições de expressar, face à descentralização da política, um estilo próprio na saúde, construindo um sistema de saúde nacional que saiba refletir a heterogeneidade das necessidades e preferências das populações regionais, e ao mesmo tempo, concretizar a cidadania nacional?

Os estudos de Banting e Corbett (2001) e France (2001) representam um ponto de partida interessante para a reflexão sobre o papel do gestor federal da política de saúde em países federativos com sistemas de saúde orientados pela diretriz de descentralização, como o brasileiro. Desta forma, ao longo deste trabalho, algumas categorias e variáveis propostas pelos autores serão adaptadas para a análise da atuação do Ministério da Saúde no caso brasileiro.

A primeira delas é a noção de *finalidades de atuação* do gestor federal, que seriam no mínimo: (1) a garantia no âmbito nacional dos princípios orientadores do sistema de saúde brasileiro: saúde como direito de cidadania, garantida mediante políticas econômicas e sociais amplas, e inserida em uma lógica de Seguridade Social; universalidade, igualdade/ equidade, integralidade da atenção, organização em rede/ hierarquização; descentralização político-administrativa e controle social; (2) a promoção da equidade/ redução de desigualdades em saúde em suas várias dimensões. A essas duas finalidades pode-se acrescentar, em conformidade com a discussão realizada no capítulo anterior, a luta pela prioridade ética da saúde e do bem-estar no modelo de desenvolvimento nacional.

Um segundo ponto a ser considerado é o debate sobre as *condições* ou *instrumentos necessários* para que, em um sistema fortemente descentralizado, o gestor federal possa atuar no sentido de assegurar resultados do sistema de saúde mais homogêneos no território nacional (por exemplo, em termos de acesso ou condições de saúde).

Partindo das contribuições desses estudos comparativos e da discussão de outros autores empreendida anteriormente, cabe destacar: (1) o grau e tipo de definição nacional da política de saúde, bem como o seu compartilhamento com outros atores relevantes (por

exemplo, gestores subnacionais e outros atores da saúde); (2) o modelo de financiamento federal, em suas várias dimensões, incluindo a existência de transferências de equalização e a possibilidade de repercussão em termos de equidade; (3) as estratégias de aumento da capacidade de gestão pública em saúde nas várias esferas, incluindo as estratégias de cooperação e apoio técnico e o desenvolvimento de sistemas de informações; (4) as estratégias de coordenação federativa da política de saúde; (5) a formulação de políticas de caráter nacional, em áreas-chave como a de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde. Pode-se aqui acrescentar a importância da participação da autoridade sanitária nacional na definição de questões chave relativas à política industrial, comercial e de propriedade intelectual no que se refere à saúde, considerando o peso econômico e a dimensão industrial do setor saúde⁷³.

Após esse breve esforço de levantamento de variáveis relevantes para a análise da política de saúde em contextos federativos a partir de estudos comparativos entre países, cabe passar à consideração das peculiaridades histórico-estruturais do federalismo brasileiro, para que se possa avançar na reflexão sobre o papel do Ministério da Saúde na política nacional de saúde.

Sabe-se que a origem do federalismo brasileiro, marcada pela Constituição republicana de 1891, esteve relacionada à idéia de permitir maior descentralização e autonomia, face ao descontentamento das elites regionais com a centralização monárquica, porém tratando de manter juntos membros que poderiam aspirar à existência como unidades político-territoriais independentes⁷⁴. A partir de então, aponta-se como um traço característico da história do federalismo brasileiro a alternância entre períodos de centralização e descentralização, relacionados respectivamente com os regimes autoritários (por exemplo, o período do Estado Novo varguista e o governo militar autoritário pós-1964) ou com a vigência da ordem democrática.

Na década de 1980, em contraposição aos vinte anos de ditadura militar, a associação entre democracia e descentralização de políticas assume particular força e se traduz no texto da Constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma

⁷³ Já referido anteriormente, a partir dos trabalhos de Moran (1995), Freeman e Moran (2000), assim como enfatizada nos trabalhos de Gadelha (2002 e 2003) e na discussão ao longo do primeiro capítulo.

⁷⁴ Para uma discussão histórica das origens do federalismo brasileiro e de suas diferenças em relação à origem do federalismo nos EUA, ver Dolhnikoff (2005). A autora destaca o papel dos interesses das elites regionais na gênese e na fórmula de federalismo adotada no Brasil no século XIX, ainda no Império. Para Almeida (2001) e Abrucio (1998), na República Velha o modelo descentralizado e assimétrico do federalismo brasileiro se expressava no maior poder das oligarquias de São Paulo e Minas Gerais na conquista de autonomia e de projeção nacional e na maior fragilidade de outros estados.

lógica de federação descentralizada, com grande ênfase no papel dos municípios⁷⁵. Nos anos subsequentes, de forma atrelada à democratização, à descentralização tributária e de poder, ocorre uma proliferação acelerada do número de municípios no país⁷⁶.

O reconhecimento dos municípios como entes federativos com grande peso e responsabilidade em várias áreas da política pública representa um traço peculiar do federalismo brasileiro, que o distingue de todos os outros regimes federativos no mundo, e compreende também mudanças expressivas no caráter historicamente dual do federalismo brasileiro⁷⁷, fortalecendo na arena política os atores municipais e trazendo novos dilemas e desafios para a construção do pacto federativo no país. Se isso por um lado é favorável à democracia e à construção de um sistema efetivamente federal, por outro lado, sabe-se que uma grande parcela dos municípios brasileiros não têm arrecadação própria significativa e depende das transferências fiscais de outras esferas de governo, com limitada capacidade de aumentar seu grau de independência política e financeira a partir do processo de descentralização. Além das restrições no campo da atividade econômica e capacidade financeira, ressalte-se que muitos desses municípios têm dificuldades de capacidade administrativa, de formação e de fixação de quadros públicos qualificados, o que limita as condições para o exercício do governo local⁷⁸.

O debate sobre as relações entre fortalecimento da proteção social, federalismo, descentralização de políticas sociais e democracia é bastante complexo. Como já foi apontado anteriormente, no caso brasileiro, durante períodos de centralização autoritária ocorre a expansão de um dado sistema de proteção social, embora com importantes distorções. Arretche (2000) destaca ainda que em alguns desses períodos autoritários observa-se a convivência da centralização de recursos e capacidade decisória com a desconcentração da gestão de programas sociais específicos.

Sob o marco da Constituição de 1988 – que ao mesmo tempo amplia o escopo dos direitos sociais e enfatiza a importância da descentralização das políticas públicas, em uma nova lógica federativa - se desencadeiam mudanças em várias áreas das políticas sociais

⁷⁵ Souza (2001), ao analisar o processo decisório na Assembléia Nacional Constituinte relativo às mudanças na federação e à decisão em descentralizar o poder político e financeiro aponta que, de forma geral, a descentralização foi adotada em várias subcomissões e comissões sem um debate substantivo ou a construção de um consenso sobre os seus objetivos.

⁷⁶ Souza (2002) assinala que entre 1988 e 1997 um total de 1328 novos municípios foram criados no Brasil. Segundo dados do IBGE de 2001, mais de 75% dos municípios brasileiros têm menos de 25.000 habitantes, porém mais de 50% da população brasileira reside em municípios com mais de 100.000 habitantes.

⁷⁷ Para uma discussão do peso da esfera estadual e dos governadores, em alguns momentos da história republicana brasileira, incluindo a década de 80, ver Abrucio (1998).

brasileiras nos anos 1990. Assim, enquanto vários dispositivos constitucionais importantes para o fortalecimento da proteção social não são implantados, a descentralização político-administrativa, que havia sido inserida na agenda reformista dos anos 80 de forma associada à idéia de democratização, avança em várias áreas de política pública.

Entretanto, a diretriz de descentralização *per se* não é incompatível com as idéias neoliberais de fragilização do Estado Nacional e redução do tamanho do Estado e o seu sucesso na área social depende do modelo de descentralização adotado e de uma série de outras variáveis. Por exemplo, não há incompatibilidade entre ajustamento fiscal no âmbito federal e descentralização de políticas sociais, ou até pelo contrário, em situações de constrangimento financeiro federal a descentralização pode representar uma estratégia de transferência de responsabilidades, configurando o fenômeno de “cost-shifting” anteriormente mencionado.

Não é por acaso que Almeida (2001) ressalta como uma grande dificuldade das análises sobre o impacto do arranjo federativo em fenômenos ou políticas específicas, o isolamento desse impacto da influência de outras variáveis que operam simultaneamente e podem influenciar ou contrabalançar o seu efeito⁷⁸. Diversos estudos empíricos tendem a desviar a explicação das dificuldades da descentralização na área social do modelo federativo adotado para outras questões estruturais, institucionais e intencionais. Ainda assim, a autora enfatiza que a descentralização em países federativos tem peculiaridades que não podem ser desconsideradas e alerta para a necessidade de encarar as carências teóricas e empíricas do debate sobre as implicações do federalismo para as políticas públicas. A questão da distribuição de responsabilidades entre entes de governo em uma determinada política em um país federativo é um exemplo da complexidade desse tema: enquanto alguns autores apontam a falta de clareza na definição de papéis como um problema que pode prejudicar o sucesso de uma política social, a autora alega que a existência de competências concorrentes e de conflitos intergovernamentais é própria da essência do federalismo.

O estudo de Arretche (2000) também oferece uma contribuição importante, ao examinar o impacto sobre a descentralização de políticas sociais no Brasil de diferentes

⁷⁸ A propósito da dependência financeira, ver Prado et. al. (2003). Para uma discussão das implicações desse quadro de dependência e das dificuldades de capacidade administrativa, ver Souza (2002).

⁷⁹ Para a autora isso seria uma dificuldade comum a várias análises institucionalistas, entre as quais os estudos sobre o federalismo se inserem, visto que “o estudo do federalismo só tem sentido para aqueles que consideram que as instituições têm efeitos discerníveis e relevantes na vida política, influenciando sobre as decisões dos atores e sobre os resultados de suas ações” (Almeida, 2001, p.13).

fatores, como capacidade estrutural das unidades de governo (econômica, fiscal, administrativa); características institucionais das políticas (regras, engenharia operacional, legado prévio) e fatores ligados à ação política (relações entre Estado e sociedade e relações intergovernamentais). A pesquisa da autora mostra que, em um sistema federativo, as estratégias de indução com incentivos adequados pela esfera que transfere atribuições – a federal e a estadual - são fundamentais para a adesão da esfera de governo que recebe responsabilidades.

Já Souza (2002) aponta que a experiência brasileira de descentralização com desigualdades, apesar de por um lado incentivar a participação dos governos locais na provisão de serviços sociais e adoção de políticas participativas, por outro lado desnuda os constrangimentos e limitações da descentralização em países historicamente marcados por heterogeneidades regionais e sociais.

Em síntese, entre as especificidades do federalismo brasileiro que têm implicações para as políticas de saúde pode-se destacar: (a) a origem formal há mais de um século, porém o caráter ainda “em construção” do federalismo brasileiro, em face dos longos períodos de autoritarismo centralizador na história do país e das transformações democráticas a partir dos anos 80; (b) o peso dos estados e dos governadores em alguns momentos da história política nacional, inclusive a partir dos anos 80 (o que entretanto não significa uma atuação igualmente expressiva da esfera estadual em todas as áreas da política); (c) o grande peso dos municípios a partir da Constituição de 1988, relacionado ao seu reconhecimento como entes federativos e à descentralização política e tributária com ênfase nos municípios; (d) a existência de milhares de municípios no país de pequeno porte e com limitada capacidade financeira e administrativa para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas; (e) as marcantes desigualdades econômicas e sociais entre regiões, estados e principalmente entre municípios do país.

Além da consideração dos dois aspectos enfocados neste item – os desafios de condução das políticas nacionais de saúde em países federativos e as especificidades do federalismo brasileiro – é importante valorizar no presente estudo a dimensão política propriamente dita, por meio da consideração da conjuntura específica, dos arranjos políticos e das posições de atores relevantes na política de saúde brasileira no período do estudo. É esse terceiro ângulo de abordagem que pode permitir a identificação de

peculiaridades de uma dada política, o peso e a contribuição dos atores para os rumos e possibilidades dessa política, além das determinações histórico-estruturais e dos condicionantes institucionais. Tais questões são valorizadas na análise da atuação do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002, empreendida ao longo deste trabalho.

Os antigos gestores da saúde e as condições de emergência do novo Ministério da Saúde

A segmentação política e institucional entre saúde pública e medicina previdenciária, esboçada na década de 1920 e consolidada no Estado Novo, fez com que durante a maior parte do século XX a direção nacional das ações de saúde no Brasil fosse dividida entre diferentes órgãos federais⁸⁰.

O Ministério da Saúde é criado em 1953 a partir do desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, após um longo período de debates que cursou com o envolvimento de diferentes atores e interesses. Nesse debate, a possibilidade de unificação das ações de saúde pública e de assistência médica previdenciária chegou a ser defendida por alguns grupos, embora sem força para se concretizar (Hamilton e Fonseca, 2003)⁸¹. Para as autoras, o principal fator que explica a criação do Ministério da Saúde no contexto da instabilidade política de 1953 é a necessidade de utilizá-lo como moeda de negociação política, incorporando de forma irreversível a dimensão político-partidária à definição de políticas para o setor⁸².

O Ministério da Saúde basicamente herdou a agenda sanitária que vinha sendo conduzida pelo Departamento Nacional de Saúde no âmbito do Ministério da Educação e Saúde, com ênfase no combate às endemias rurais e às epidemias. Aos poucos, a nova pasta da Saúde expandiu sua atuação para outras ações de saúde coletiva e desenvolveu alguns projetos esparsos envolvendo a prestação de serviços assistenciais, sem alterar o seu

⁸⁰ Para uma retrospectiva histórica, ver Hochman e Fonseca (1999); Lima, Fonseca e Hochman (2005); Oliveira e Teixeira (1989); Braga e Paula (1986); Aureliano e Draibe (1989); entre outros autores.

⁸¹ As autoras apontam que o Ministério da Saúde foi criado a partir de um projeto anterior existente no Legislativo, em dissonância com a proposta apresentada pela Comissão Interpartidária para a Reforma Administrativa montada pelo Governo Vargas, que havia optado, em meio a muitas polêmicas, pela criação de um Ministério dos Serviços Sociais. Na realidade, se é possível dizer que havia consenso sobre a necessidade de criar uma pasta para a Saúde separada da Educação, pouco havia de consenso sobre o novo formato institucional, particularmente no que diz respeito às relações entre saúde pública, assistência médica previdenciária e assistência social. É interessante apontar que entre os médicos sanitários predominava a preferência por uma pasta separada para a Saúde (Hamilton e Fonseca, 2003).

⁸² Os sanitários, aspirando manter a saúde pública longe da interferência das questões políticas, defendiam um Ministro técnico para a área e sua expectativa é frustrada pela nomeação como primeiro Ministro da Saúde do médico Miguel Couto Filho, de carreira eminentemente política, evidenciando a importância da dimensão político-partidária no contexto democrático e a necessidade da área da saúde conviver com a ação profissional baseada no conhecimento técnico e com os interesses político-partidários.

perfil predominante de atuação. Da década de 1950 à de 1980, o Ministério da Saúde foi o gestor das ações de saúde pública no âmbito nacional, baseando a sua atuação em uma concepção mais universalista, embora os programas fossem orientados para grupos populacionais definidos segundo problemas de saúde (tuberculose, câncer) ou características sócio-demográficas (mulher, criança), segundo uma racionalidade tradicional da saúde pública.

Já a assistência médica individual curativa se expandiu no país a partir dos anos 1930 predominantemente no âmbito do sistema previdenciário, sendo o acesso a essas ações atrelado às condições de inserção no mercado de trabalho formal. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais, compreendiam planos de assistência médica bastante diferenciados quanto à cobertura, abrangência, e modalidade de prestação/ compra de serviços. No Executivo Nacional, o órgão gestor da Previdência era o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, mas o grau de fragmentação e de autonomia dos IAPs tornava difícil afirmar a existência de um gestor nacional do subsistema de assistência médica previdenciária.

A unificação do comando sobre a assistência médica previdenciária só ocorre com as reformas institucionais nas décadas de 1960 e 1970, destacando-se: (a) em 1966, a unificação dos IAPs por meio da criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS; (b) em 1974, a criação do Ministério de Previdência e Assistência Social, deslocando o debate previdenciário do Ministério do Trabalho; e (c) em 1977, a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que passa a dirigir a política de assistência médica no âmbito da Previdência.

As reformas institucionais do período autoritário não romperam com o modelo vigente, ao contrário, reafirmaram-no. Nesse período, as tentativas de desenho de uma política nacional de saúde única foram frágeis e não levaram a uma articulação efetiva entre políticas de saúde pública e de assistência previdenciária. A lei de criação do Sistema Nacional de Saúde, de 1975, apesar de representar o primeiro esboço de uma política de saúde integrada, apresentava uma série de limitações e na verdade tratava de definir atribuições diferenciadas para o Ministério da Saúde e Ministério da Previdência, não trazendo as condições para uma efetiva unificação da política⁸³.

⁸³ Nessa época existia também o anseio de unificação das ações por parte de alguns atores como técnicos do Ministério da Saúde e intelectuais sanitários, porém sem condições políticas para a sua efetivação. Tal questão foi abordada por José Carlos Seixas, que então ocupava o cargo de Secretário Geral do Ministério da Saúde, em entrevista com a pesquisadora em 30/08/2004.

Ressalte-se ainda que nos anos 70 ocorre um fortalecimento do subsistema de assistência médica previdenciária sob comando do INPS e depois do INAMPS, enquanto o Ministério da Saúde e as ações de saúde pública ficam relegados a segundo plano, com maiores dificuldades políticas, institucionais e financeiras. Por mais de dez anos, o INAMPS tem um papel importante na condução da política de saúde do país, ao coordenar o subsistema de assistência médica previdenciária e dispor de maior poder político e financeiro do que o Ministério da Saúde.

Portanto, até os anos 80, não havia uma política nacional de saúde integrada, mas dois subsistemas de saúde comandados por diferentes órgãos federais– o antigo Ministério da Saúde e INAMPS/MPAS – que operavam com lógicas distintas. E o que as formas de atuação dessas autoridades nacionais expressavam em termos da atuação do Estado na condução nacional da política de saúde?

Como uma característica comum entre eles, pode-se apontar o alto grau de centralização decisória e financeira. Os dois órgãos, cada um em seu âmbito de atuação e com diferenças importantes entre si, concentravam as funções gestoras do sistema de saúde de formulação de políticas/ planejamento, financiamento e regulação. Quanto à execução direta de ações e serviços, ambos exerciam um papel relevante, embora no âmbito da assistência médica sob comando do INAMPS, predominasse a prestação privada, particularmente a hospitalar.

Cabe ressaltar que o protagonismo do INAMPS leva à configuração de um modelo de atenção, denominado médico-assistencial privatista⁸⁴, que se torna hegemônico em decorrência da expansão progressiva da clientela coberta pelo serviços financiados publicamente às custas da contratação de prestadores privados, sob o comando do INAMPS. Portanto, nesse modelo, já estava posta a questão da separação entre financiamento (público) e prestação (privada) de serviços, que representa uma diretriz comum nas agendas de reforma do Estado e dos sistemas de saúde nos anos 80 e 90 em vários países.

O INAMPS era um importante financiador do sistema de saúde e comprador de serviços privados e de insumos, predominando o pagamento por serviços prestados. De certa forma, na esfera pública, o INAMPS tinha um poder quase monopsonico de compra

⁸⁴ São características desse modelo: a fragmentação institucional, a centralização decisória e financeira, o caráter privatista e excludente e a baixa efetividade em relação aos resultados sanitários.

de serviços⁸⁵. As ações de planejamento no âmbito do INAMPS eram em geral restritas e de curto prazo, orientadas para a contratação de prestadores, ainda que em alguns estados estruturas administrativas do INAMPS com maior nível de organização possam ter promovido ou participado de esforços pontuais de organização de redes, principalmente no âmbito da assistência hospitalar⁸⁶. O INAMPS desempenhava atividades bastante frágeis de regulação por meio de práticas de auditoria e controle sobre os prestadores, principalmente os privados. Nos anos 80, durante a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), o INAMPS exerce um papel relevante de financiamento e indução da organização das secretarias estaduais e municipais de saúde mediante o estabelecimento de convênios com estados e municípios, que poderia ser qualificado como de regulação do processo de descentralização para outras esferas de governo.

Já o Ministério da Saúde, até os anos 80, formulava políticas, planejava e executava diretamente ações principalmente voltadas para o controle de determinadas doenças ou grupos populacionais específicos. Predominava, portanto, uma lógica de programação tradicional e de curto prazo, porém fundada em alguma medida na racionalidade epidemiológica. Havia convênios pontuais com estados e municípios, embora a capacidade de financiamento do Ministério da Saúde fosse bastante limitada. Nos anos 80, no âmbito das AIS e SUDS houve convênios envolvendo INAMPS, Ministério e secretarias estaduais e municipais, financiados com recursos do INAMPS.

Ainda assim, pode-se dizer que o Ministério da Saúde já exercia uma função reguladora por meio da emissão de normas federais e de práticas de controle/ fiscalização nos âmbitos da vigilância epidemiológica, controle de doenças, imunizações, programas verticais de saúde pública, vigilância sanitária, entre outras atividades de saúde pública sob sua responsabilidade. Tal ação reguladora podia repercutir sobre secretarias de saúde estaduais e municipais de saúde, serviços de saúde e outros tipos de bens e serviços (como no caso da vigilância sanitária). Ressalte-se ainda a atuação da Central de Medicamentos (CEME), ligada ao Ministério da Saúde, como compradora de medicamentos para

⁸⁵ Esse ponto é bastante enfatizado por Eduardo Levcovitz, que exerceu cargos no INAMPS e depois foi Secretário de Assistência à Saúde de 1995 a 1996, a partir da constatação que outras autoridades públicas – Ministério da Saúde, SES e SMS – tinham limitado poder político e financeiro nos anos 70 e 80. No entanto, nessas décadas já se observa o crescimento de um subsetor privado representado pelas operadoras de planos de saúde - cooperativas médicas, medicina de grupo – que passam a comprar serviços privados.

⁸⁶ Aureliano e Draibe (1989) apontam que o gigantismo do INAMPS, a centralização decisória, a diversidade de suas estruturas e o modelo distorcido de atuação não permitem afirmar a existência de uma lógica estruturada e coerente de planejamento em saúde naquela instituição.

abastecimento dos serviços públicos com drogas relevantes para os programas federais estratégicos, representando uma forma indireta de regulação sobre o mercado nacional de medicamentos, visto que influencia a demanda de produtores nacionais públicos e privados. E também, a atuação da FIOCRUZ, fundação pública vinculada ao Ministério, no desenvolvimento e produção de insumos relevantes para a saúde.

O quadro 2.1 compara as características do INAMPS e do Ministério da Saúde na gestão do sistema de saúde até os anos 80, segundo funções gestoras.

Quadro 2.1- Comparação da atuação do Ministério da Saúde e do INAMPS segundo funções de gestão do sistema de saúde, até os anos 80.

Funções	Ministério da Saúde	INAMPS
Formulação de políticas/ Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> - Centralização decisória; - Racionalidade técnico-sanitária e campanhista; - Estruturação de programas verticais, voltados para problemas prioritários - Fragilidade de planejamento, com predomínio de curto e médio prazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Centralização decisória; - Ênfase na programação físico-financeira para a compra de serviços hospitalares/ procedimentos; - Estruturas regionais com grau variável de organização - Fragilidade de planejamento, com predomínio de curto e médio prazo
Financiamento	1) Receitas: <ul style="list-style-type: none"> - Limitações no montante e oscilações de fontes (fonte principal: impostos gerais – Tesouro; também convênios com o INAMPS) 2) Despesas: <ul style="list-style-type: none"> - Dispêndios diretos (unidades próprias, contratação de funcionários, compra de medicamentos pela CEME, de vacinas pelo PNI) - Convênios com estados e municípios 	1) Receitas: <ul style="list-style-type: none"> - Maior disponibilidade de recursos - Fonte principal: arrecadação previdenciária 2) Despesas <ul style="list-style-type: none"> - Compra direta de serviços privados, pagamento por produção - Dispêndios diretos em unidades próprias, compra de insumos - Convênios com o Ministério da Saúde, estados, municípios
Regulação	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre prestadores públicos e secretarias estaduais e municipais: normas relativas a programas assistenciais e vigilâncias. - Sanitária: normas técnicas, autorizações, fiscalizações. - Mercados: indireta, por efeito da compra por meio da CEME; e produção de medicamentos FIOCRUZ 	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre prestadores privados contratados: estratégias de compra de serviços, mecanismos de auditoria e controle processuais - Sobre prestadores e secretarias (convênios): normas técnicas - Mercados: fomento pela compra de serviços privados; apoio a investimentos; compra de insumos
Prestação direta	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de vigilância epidemiológica (e prevenção e controle de doenças sob vigilância); - Ações de vigilância sanitária (autorizações de produtos, fiscalização, controle de portos e aeroportos); - Assistência nos hospitais federais, particularmente os ligados às campanhas - Produção de insumos limitada (FIOCRUZ) 	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços assistenciais ambulatoriais (ex: PAMs) e hospitalares (hospitais do INAMPS)

Fonte: Elaboração própria.

Somente nos anos 80, com o fortalecimento do movimento sanitário brasileiro⁸⁷ no contexto de democratização e de crise do Estado, se desenvolvem condições mais favoráveis para uma efetiva transformação do sistema de saúde. A agenda do movimento sanitário parte da crítica à trajetória dicotômica da política de saúde e ao modelo hegemônico de atenção. No plano ético-político, essa agenda é norteadada por uma concepção ampla de saúde e a visão da saúde como direito fundamental do ser humano, constitutivo da cidadania.

Coerentemente, no plano institucional, a proposta da conformação de um Sistema Único de Saúde de caráter universal requer: (1) um novo modelo de intervenção do Estado na saúde; (2) a unificação do comando sobre a política de saúde em cada esfera de governo (que envolve a unificação de comando no plano horizontal, e a repartição de poder e responsabilidades no plano vertical, relacionada à descentralização político-administrativa).

No que diz respeito ao modelo de intervenção do Estado, a agenda da reforma sanitária brasileira pressupõe um forte compromisso do Estado e a expansão da sua atuação em vários âmbitos, em uma lógica de Estado interventor/ planejador. Ainda que essa agenda tenha se inspirado em uma concepção de “modelo integrado público” de outros países⁸⁸, o sistema brasileiro já era bastante fragmentado e com forte prestação privada, inviabilizando a construção de um modelo integrado público puro, o que pode ser ainda mais difícil em sistemas federativos.

Mesmo assim, tal agenda reformista sinalizava a responsabilidade e atuação do Estado: (a) na formulação de políticas e planejamento, voltada para o atendimento das necessidades de saúde, em um processo mais democrático de compartilhamento de decisões com a sociedade; (b) no financiamento, exigindo a expansão dos gastos públicos e a promoção da equidade; (c) na regulação, ao afirmar a idéia de direção única do sistema em cada esfera, sob responsabilidade do respectivo órgão executivo setorial, o que confere grande peso à autoridade sanitária; (d) na prestação de serviços, uma vez que parte da crítica ao modelo médico-assistencial privatista anterior e supõe a importância da expansão da oferta pública para a expansão do acesso e mudança do modelo de atenção.

⁸⁷ Sobre o movimento sanitário brasileiro e as mudanças dos anos 1980, ver Escorel et. al (2005) e Noronha e Levcovitz (1994).

⁸⁸ Sobre a concepção de modelo integrado público, ver Viana et. al (2004). A influência das reformas universalistas de outros países, em particular do Reino Unido e da Itália para a reforma brasileira são abordadas por Levcovitz (1997) e Teixeira (1989).

No entanto, no contexto federativo brasileiro, tais funções de Estado na saúde não seriam exercidas da mesma forma pelas três esferas. A agenda da reforma sanitária sugere que tais funções devem ser compartilhadas pelas três esferas de governo, enfatizando a descentralização político-administrativa e o papel privilegiado dos municípios na gestão e na execução de ações e serviços de saúde. A temática do novo papel do gestor federal não teve centralidade na agenda da reforma sanitária, embora se tivesse a expectativa de um compromisso estatal amplo na garantia do direito à saúde, que se traduz em alguma medida no texto constitucional e legal, como será discutido no próximo capítulo.

É importante salientar esse ponto porque a agenda da reforma do Estado conformada no Brasil a partir do início dos anos 90, inspirada em idéias liberais e nas reformas conduzidas em outros países nos anos 80, aponta para uma redução do tamanho do Estado e para uma mudança na natureza de suas funções. Essa agenda, que será predominante nos governos Collor e FHC e trará pressões sobre toda a administração federal, inclusive sobre o Ministério da Saúde, admite o papel do Estado de formulador, financiador e regulador, porém em uma lógica de contenção de gastos públicos e de fortalecimento dos mercados.

Por um lado, o padrão de atuação estatal preconizado nessa agenda hegemônica é bem diferente daquele proposto pela agenda da reforma sanitária. Por outro lado, a ênfase na diretriz de descentralização político-administrativa é um ponto comum às duas agendas.

No quadro abaixo são comparadas, grosso modo, as concepções subjacentes às agendas da reforma sanitária e da reforma do Estado liberal, em relação ao papel do Estado na saúde no plano nacional. Nos anos 90, as duas agendas estarão interagindo e influenciando a atuação do novo gestor federal da saúde, sendo importante tê-las como um referencial inicial.

Quadro 2.2 – Concepções sobre as funções do Estado na saúde no âmbito nacional subjacentes às agendas reformistas dos anos 90.

Funções	Agenda da Reforma Sanitária	Agenda Liberal de Reforma do Estado
Formulação de políticas/ Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> - Formulação compartilhada com outros gestores e atores sociais - Unificação do comando nacional - Planejamento integrado e orientado pelas necessidades de saúde/ racionalidade epidemiológica 	<ul style="list-style-type: none"> - Formulação por objetivos e metas - Pouca valorização do planejamento estatal integrado (salvo nas atividades exclusivas do Estado) e da perspectiva de longo prazo
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Papel importante para assegurar o aumento do gasto público - Fontes estáveis e diversificadas; montante adequado ao atendimento das necessidades de saúde da população; - Racionalidade de redistribuição/ promoção da equidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Defesa do mix público-privado no financiamento - Fontes e disponibilidade de recursos pressionados pela contenção de gastos públicos - Racionalidade econômica predominante: busca de eficiência, produtividade, ajuste das despesas à disponibilidade de receitas
Regulação	<ul style="list-style-type: none"> - Unificação do comando nacional e papel coordenador - Regulação segmentos privados/ mercados 	<ul style="list-style-type: none"> - Função estratégica para promover a maior eficiência do sistema e assegurar o funcionamento adequado dos mercados e a proteção de investidores e consumidores
Prestação direta	<ul style="list-style-type: none"> - Não cabe (raras exceções) - Valorização da prestação por outras esferas de governo e privada em caráter suplementar 	<ul style="list-style-type: none"> - Não cabe - Valorização da prestação privada e descentralização

Fonte: Elaboração própria.

Cabe advertir que, em um contexto de acentuada descentralização, na ausência de um debate substantivo sobre o novo papel do gestor federal na saúde, o difundido jargão do Estado “financiador – regulador” é facilmente aplicável à autoridade sanitária nacional, mesmo por alguns defensores do SUS, embora nesse caso com a expectativa de um financiamento mais generoso e adequado às necessidades de saúde e de uma regulação não-autoritária, que respeite o princípio federativo e a questão democrática.

Desta forma, a função de planejamento, exercida em uma perspectiva estratégica e de longo prazo, integradora e participativa, orientada por finalidades sociais, pode representar um diferencial importante para o modelo de intervenção do Estado no âmbito nacional, bem como as condições de financiamento federal, de descentralização da política, e as formas de relação com o setor privado e outros grupos sociais.

Tais questões são fundamentais, porque a unificação entre Ministério da Saúde e INAMPS, antigos gestores do sistema de saúde, que apresentavam lógicas de atuação distintas, gera uma situação de intensas mudanças institucionais que, descoladas de um debate substantivo sobre o novo papel do gestor federal, tornam o Ministério da Saúde

mais susceptível às pressões do contexto e ao predomínio de uma forma fragmentada e experimental de condução da política nos anos 90.

O outro aspecto importante, que não será aprofundado neste trabalho, refere-se à própria estratégia de unificação do comando sobre a política nacional. Durante os anos 80, havia divergências de posição em relação ao momento e à forma como se daria a unificação do comando, mesmo entre os grupos comprometidos com a diretriz de universalização, como alguns dirigentes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social/INAMPS, militantes do movimento sanitário, e intelectuais de esquerda com diferentes visões sobre a proteção social. Os conflitos relacionados à estratégia de unificação não apenas revelavam distintas concepções acerca da política social e da melhor estratégia de reforma para a superação do antigo modelo e das resistências conservadoras, como também expressavam disputa de poder político, institucional e financeiro, mesmo entre grupos progressistas⁸⁹.

O embate sobre a unificação permeou a Assembléia Nacional Constituinte e, de certa maneira, pode ter favorecido o caráter genérico do texto da Constituição de 1988 em relação ao poder de comando sobre a política de saúde. Por outro lado, pode-se pensar que não caberia a uma Constituição detalhar todos os aspectos relevantes para a implementação de uma dada política, visto que, como destaca Eleutério Rodriguez Neto:

“...é impossível se apreender na nova Constituição uma coerência e uma harmonia que refletissem a culminância de um processo de lutas e acordos sociais. Pelo contrário, é como se representasse uma aferição das regras para o início, de fato, de uma nova etapa do processo; um novo patamar para as lutas políticas e sociais” (Rodriguez Neto, 2003, p. 92).

⁸⁹ Outros autores enfocam os aspectos conflitivos relacionados à reorganização institucional para a unificação, em particular as questões referentes ao momento e estratégia de integração INAMPS-MS, com implicações para o comando sobre a política de saúde, inclusive sobre a própria estratégia de descentralização. A expressão “*unificação pelo alto x unificação por baixo*” é usada para indicar os conflitos relacionados à defesa da incorporação imediata do INAMPS ao MS *versus* à condução da política de descentralização pelo INAMPS com participação dos escritórios regionais, como ocorreu na prática com as AIS e SUDS nos anos 80. Para um maior detalhamento desse debate, ver Noronha e Levcovitz (1994) e Faria (1997).

Compreender o que se inscreveu na Constituição e nas Leis da Saúde, bem como identificar as possibilidades e limites desse marco legal e das outras regras formais construídas posteriormente são, portanto, aspectos fundamentais para analisar a atuação do novo Ministério da Saúde nos anos 1990, face aos desafios colocados para a transformação do sistema de saúde no país.

Capítulo 3 - Lei, normas e estrutura: as regras formais para a ação do Ministério da Saúde

Esse capítulo aborda o marco constitucional-legal e outras regras formais que regulam a atuação do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira, com destaque para as Normas Operacionais do SUS e as mudanças na estrutura administrativa do Ministério no período de 1990 a 2002.

Papel do novo Ministério da Saúde na Constituição de 1988 e nas Leis da Saúde

A Constituição de 1988 representa um enorme avanço ao reconhecer pela primeira vez a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Os princípios e diretrizes ali inscritos puderam servir como norteadores das batalhas que se travaram nos anos subsequentes, em um contexto político, institucional e econômico bastante adverso à expansão de políticas sociais universais.

O texto constitucional tem importantes implicações para o papel do Estado na saúde no âmbito nacional, embora a definição da autoridade sanitária nacional não seja especificamente tratada pela Constituição, sendo explicitada apenas posteriormente na Lei Orgânica da Saúde.

O primeiro aspecto relevante diz respeito à concepção ampla da saúde adotada e a relação da política de saúde com as demais políticas públicas. A afirmação de que a saúde deve ser garantida mediante *“políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*⁹⁰ tem as seguintes implicações para a inserção em um dado projeto de ação estatal: (a) a responsabilidade pela situação de saúde não é apenas setorial; (b) as políticas econômicas e sociais devem estar orientadas para a redução de riscos para a saúde.

A Constituição incorpora ainda o conceito de Seguridade Social, que integraria as políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social⁹¹. Para a caracterização da proposta de Seguridade brasileira, é útil a consideração de quatro âmbitos propostos por Werneck

⁹⁰ Brasil, Constituição da República de 1988, artigo 196.

⁹¹ Faria (1997) e Rodriguez Neto (2003), argumentam que a Seguridade Social teria entrado na Constituição de 1988 sem que houvesse maior clareza quanto ao projeto de proteção social que se estava desenhando, seja porque essa questão não foi suficientemente debatida, seja por diferenças nas posições mesmo entre os grupos progressistas da área social durante a Assembléia Nacional Constituinte.

Viana (1995)⁹². Em termos de *concepção*, a Seguridade aparece na Constituição em um sentido amplo, relacionada à idéia de direito de cidadania, baseada em objetivos de universalidade, uniformidade entre populações urbanas e rurais, seletividade/distributividade na prestação, equidade na participação no custeio, entre outros. Já a *abrangência* da proposta de Seguridade brasileira é limitada a algumas áreas da proteção social, visto que esta não inclui políticas de educação e de emprego, por exemplo. Quanto ao *financiamento*, a Constituição propôs a expansão e diversificação de fontes para a composição do Orçamento da Seguridade Social⁹³, embora aspectos específicos relevantes para a operacionalização desse financiamento não tenham sido assegurados na ocasião da promulgação da Constituição. Já a questão do *modelo organizacional*, que envolve a definição da autoridade/ comando sobre a área social, não é explicitamente tratada pelo texto constitucional.

Em relação ao último aspecto, segmentos do movimento sanitário que defendiam um “comando único e autônomo da política de saúde”⁹⁴ por meio do Ministério da Saúde, com extinção do INAMPS, temeram que a inclusão da Seguridade Social na Constituição representasse uma tentativa de grupos ligados ao Ministério da Previdência e Assistência Social abrirem uma brecha para a constituição de uma grande autoridade da área social, a qual a política de saúde estaria subordinada. Isso não se confirmou posteriormente, uma vez que a regulamentação das três áreas da Seguridade seguiu caminhos separados e o Ministério da Saúde foi definido como a autoridade sanitária nacional pela Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 1990.

Ainda que houvesse diferentes posições acerca da estratégia de unificação de comando sobre a política de saúde e da sua inserção na Seguridade Social, as diretrizes constitucionais, embora genéricas, representaram uma conquista fundamental em relação à situação precedente. Tais diretrizes não necessariamente implicavam na construção de uma autoridade social única, mas sinalizavam a necessidade de coordenação entre as áreas de

⁹² A autora aborda a existência de imprecisões conceituais quanto à Seguridade, havendo diferentes usos do termo entre países. Essas diferenças se expressam em termos de: (a) *concepção*, que pode ser mais *ampla*, no sentido de cidadania envolvendo direitos sociais, ou *pragmática*, significando proteção em situações de perda de capacidade laborativa; (b) *abrangência* - inclusão ou não de determinadas áreas, como a saúde; (c) *modelo organizacional*, que envolve por exemplo, o tipo de autoridade social; (d) *financiamento*.

⁹³ Lessa et. al (1997) destacam que a Constituição não teria sido perdulária, pois previu uma expansão de financiamento e fontes por meio do Orçamento da Seguridade Social, para cobrir a expansão de beneficiários do sistema. O não cumprimento dos dispositivos constitucionais viria a ser um problema nos anos subsequentes.

⁹⁴ Rodriguez Neto (2003).

política social (mesmo as não incluídas sob o título da Seguridade, como a Educação) e também a necessidade de integração destas com as demais políticas públicas.

Assinale-se que, nos anos que se seguiram à Constituição, a trajetória fragmentada das políticas sociais esteve mais relacionada a problemas de caráter estrutural e conjuntural⁹⁵, do que aos dissensos e fragilidades do processo de construção do projeto de Seguridade na fase constituinte, mesmo que esses tenham sido reais.

Um segundo aspecto relevante diz respeito às questões referentes à delimitação do âmbito de intervenção da política de saúde, que fornecem subsídios para a definição dos campos de atuação do Estado – e da autoridade sanitária - na saúde. Além de apontar que as ações e serviços de saúde devem constituir o Sistema Único de Saúde, a Constituição afirma em seu artigo 200 que “*ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei*”: a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador; a ordenação de recursos humanos para a saúde; a fiscalização e produção de insumos para a saúde; e a participação em outras políticas relevantes para a saúde - como a de saneamento básico, fiscalização de produtos, proteção ao meio ambiente, desenvolvimento científico e tecnológico.

Tal texto sugere a importância do envolvimento da autoridade sanitária em decisões relevantes para a saúde, mesmo as que estejam sob a responsabilidade direta de outros setores. No entanto, o peso e tipo de responsabilidade atribuídos ao SUS é diferenciado para as diversas ações, o que é demonstrado pelo uso de verbos com diferentes conotações como *executar, controlar, fiscalizar, ordenar, participar, colaborar*.

Um terceiro aspecto a ser considerado se relaciona ao tratamento do âmbito de ação do Estado, em suas relações com os mercados e a sociedade. Ao assumir a saúde como direito de todos e “*dever do Estado*”, a Constituição enfatiza o caráter público desta política. Ainda que o artigo 199 estabeleça a assistência à saúde como “*livre à iniciativa privada*”, são estabelecidas algumas condições gerais para a operação do setor privado na saúde, como: o caráter complementar da participação privada no âmbito do SUS; a vedação aos auxílios e subvenções financeiros públicos às instituições privadas com fins

⁹⁵ Entre os problemas estruturais, pode-se apontar a trajetória prévia do sistema de proteção social brasileiro, as características da atuação do Estado e as imensas desigualdades econômicas e sociais entre regiões e grupos populacionais. Os problemas conjunturais estão muito relacionados ao modelo econômico liberal hegemônico nos anos 90. Algumas expressões das dificuldades de implantação da Seguridade Social no Brasil são a demora e fragmentação na regulamentação legal das áreas da Seguridade, já evidenciadas no Governo Sarney; o retorno da Previdência para o Ministério do Trabalho no Governo Collor; e a não implantação do Orçamento da Seguridade Social, com a conseqüente instabilidade financeira para as áreas da Seguridade nos anos subsequentes.

lucrativos; a vedação à participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no país⁹⁶; a vedação à comercialização de órgãos e tecidos humanos.

Além disso, o artigo 197 reconhece como de “*relevância pública as ações e serviços e saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle*”, abrindo espaço para uma ação estatal reguladora sobre os mercados privados em saúde. No entanto, a regulação estatal sobre o setor privado é um ponto tratado de forma bastante genérica pela Constituição⁹⁷.

Outro ponto relevante se refere à incorporação entre as diretrizes do sistema de saúde da participação social, um ponto chave da agenda da reforma sanitária para a mudança nas relações entre Estado e Sociedade, em um contexto democrático.⁹⁸

Apesar dos aspectos abordados acima terem implicações importantes para a atuação do Ministério da Saúde, a questão específica do papel da autoridade sanitária no âmbito nacional não é explícita e diretamente tratada no capítulo constitucional referente à saúde, visto que: (a) a descentralização político-administrativa é adotada como diretriz organizativa do sistema, mas não são detalhadas as atribuições de cada esfera de governo na saúde⁹⁹; (b) não se define quem é a autoridade sanitária nacional, embora seja enfatizado o comando único em cada esfera de governo¹⁰⁰.

É somente a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080, de setembro de 1990 - que, ao regulamentar a implementação do Sistema Único de Saúde, procura explicitar e diferenciar as competências e atribuições de cada esfera de governo em maior profundidade; e define

⁹⁶ Essa proibição é retirada pelas reformas constitucionais da segunda metade dos anos 90, durante o segundo Governo Fernando Henrique Cardoso.

⁹⁷ Faria (1997) e Rodriguez Neto (2003) sugerem que as polêmicas travadas na Constituinte levaram a omissões no texto constitucional ou ao estabelecimento de consensos genéricos em relação a pontos de conflito, como a participação privada na saúde, o financiamento e a assistência farmacêutica. Bahia (2001) aponta que a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde ignoraram a necessidade de regulação do segmento dos planos e seguros privados de saúde, que já vinham crescendo de forma substantiva nas décadas anteriores.

⁹⁸ Esse aspecto foi regulamentado pela Lei Complementar 9.142, de dezembro de 1990, após ter sido objeto de vários vetos do Presidente Collor à Lei 8080, de setembro do mesmo ano, como será tratado adiante.

⁹⁹ No capítulo constitucional da Saúde a expressão “sistema único de saúde” é utilizada genericamente em referência ao âmbito de ação setorial. Somente após a Emenda Constitucional nº 29/2000 os termos União, estados e municípios aparecem nessa seção em referência às responsabilidades compartilhadas sobre o financiamento da saúde. No entanto, conforme destacam Carvalho e Santos (2002), a análise do título constitucional II, “Da Organização do Estado”, que aborda a distribuição das competências nas diversas áreas de ação estatal, sugere que as três esferas de governo não têm competências exclusivas na saúde, predominando as competências administrativas comuns e as competências legislativas concorrentes.

¹⁰⁰ Considerando que o capítulo constitucional da saúde incorpora em grande medida as propostas oriundas da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, para vários dos representantes do movimento sanitário que participaram da construção das propostas preliminares a noção de comando único implicaria na atribuição ao Ministério da Saúde de condução nacional da política pressupondo a incorporação do INAMPS ao MS, mesmo que isso não estivesse explícito na Constituição.

claramente o Ministério da Saúde como autoridade executiva da política de saúde no âmbito nacional.

De fato, a LOS aborda desde os objetivos e diretrizes da política, até estratégias para a concretização do SUS. Serão aqui discutidos principalmente os pontos que têm implicações para a delimitação do papel do Ministério da Saúde, como responsável executivo pela direção nacional do setor saúde.

A Lei define os objetivos do SUS, que se referem às atividades que estariam sob responsabilidade principal da direção do sistema, tais como: a identificação dos determinantes da saúde, a formulação de política de saúde destinada a promover no âmbito econômico e social a redução dos riscos e o acesso à saúde; e a ordenação das ações de saúde.

Adotam-se ainda os termos “campo” ou “âmbito de atuação do SUS” para definir as outras responsabilidades da direção do SUS, sendo que muitas delas implicam em parceria com outros setores de governo, como desenvolvimento científico e tecnológico, formação de recursos humanos, provisão e regulação de insumos para a saúde. O Anexo 2 resume essas atribuições, ordenando-as segundo os verbos utilizados, que conferem diferentes pesos ao papel da direção do SUS nas várias funções. Por exemplo, enquanto “formulação” e “ordenação” expressam uma maior responsabilidade da autoridade sanitária sobre a direcionalidade de uma dada política, os verbos “participação” e “colaboração” apontam a importância da contribuição dessa autoridade para decisões e ações que podem estar sob o comando principal de outros setores.

Vale ressaltar que a Lei também propõe como estratégias de articulação de políticas de interesse para a saúde que envolvam outros setores de governo, a formação de comissões nacionais intersetoriais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, principalmente voltadas para as atividades de: alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; recursos humanos (destaque para a criação de comissões permanentes de integração entre serviços de saúde e instituições de ensino superior); ciência e tecnologia e saúde do trabalhador.

Os objetivos do SUS e as funções relativas aos “campos de atuação do SUS” a princípio se aplicam ao Poder Público nas três esferas de governo, sendo ainda relacionadas uma série de atribuições comuns a serem assumidas pela União, estados, Distrito Federal e municípios, em seus respectivos âmbitos administrativos. Portanto, o grande peso de atribuições comuns / competências concorrentes em saúde, já manifestado

na Constituição, repete-se na Lei Orgânica da Saúde, corroborando um fenômeno observado em outros países federativos¹⁰¹.

Por outro lado, os artigos 16º a 18º da LOS procuram apontar competências mais específicas da direção do SUS em cada esfera de governo, ainda que essas não sejam exclusivas e que os limites de atuação de cada ente sejam tênues. Como observações gerais em relação ao conteúdo desses três artigos, cabe apontar: (a) há maior detalhamento das atribuições do Ministério da Saúde e dos municípios do que das referentes aos estados; (b) há grande ênfase na responsabilidade dos municípios de execução de ações e serviços e de gestão, regulação e avaliação de serviços; (c) no que diz respeito aos estados, a maior ênfase está na coordenação de redes e sistemas; a execução de ações e serviços seria predominantemente em caráter supletivo.

O Anexo 2 resume as competências explicitamente atribuídas à direção nacional do SUS pela LOS. Novamente se observa que os verbos utilizados sugerem pesos diferenciados de atuação do Ministério da Saúde nas várias áreas, pressupondo a corresponsabilidade com outros entes de governo, sejam outros órgãos federais ou gestores do SUS das outras esferas de governo.

Observe-se que em geral cabem ao Ministério da Saúde atribuições estratégicas no âmbito nacional, sejam relacionadas à formulação de políticas, planejamento, normatização, fiscalização/controle, avaliação e auditoria. No que diz respeito à articulação com outros setores de governo, é destacado o papel do Ministério na política nacional e na produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais, englobando desde a formulação até a participação na execução dessa política; e igualmente na articulação com os órgãos de formação de recursos humanos em saúde e de fiscalização do exercício profissional. Aponta-se ainda a importância da participação do MS, com pesos variáveis, nas políticas ambientais, de saneamento e de saúde do trabalhador.

No âmbito mais específico de atribuições setoriais e de organização do sistema, ressalta-se o papel do MS na definição e coordenação nacional de três tipos de redes assistenciais: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, de sangue e hemoderivados. Apontam-se também várias atribuições da direção nacional do SUS relacionadas à emissão de normas de regulamentação e de padrões de qualidade, incluindo

¹⁰¹ Esse é um dos motivos que leva Watts (1999) a afirmar que a análise do marco constitucional e legal é relevante, porém insuficiente, para a compreensão dos arranjos políticos na implementação das políticas públicas em países federativos.

a identificação de serviços de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde. Destacam-se ainda as responsabilidades de formulação, planejamento e coordenação relacionadas às vigilâncias sanitária e epidemiológica, cabendo a execução em casos particulares ou excepcionais.

Outro ponto importante é o papel do MS na regulação do setor privado, abrangendo a elaboração de normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados de assistência e também o estabelecimento de critérios e valores para remuneração de serviços e de parâmetros assistenciais de cobertura, sujeitos à aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

No que tange às relações intergovernamentais, são destacadas no artigo 16º as competências da direção nacional de promoção da descentralização e de cooperação técnica com estados e municípios.

Em outros artigos, a LOS também trata de outros aspectos que têm implicações para a delimitação do papel do gestor federal face aos outros gestores da saúde. Um deles é a questão da gestão financeira, particularmente o conteúdo dos artigos 33º a 35º, que definem a responsabilidade do MS sobre a administração dos recursos do SUS no âmbito federal por meio do Fundo Nacional de Saúde e tratam das condições e critérios para transferência automática de recursos nacionais para estados e municípios.

A LOS foi objeto de diversos vetos do Presidente Collor ao ser sancionada. Alguns pontos de veto – os referentes ao papel da participação social na política de saúde e condições / critérios para a transferência automática de recursos para estados e municípios - foram retomados pela Lei 8142/90, sancionada dois meses depois. Entretanto, outros pontos de veto foram deixados de lado nas negociações para a aprovação da Lei 8142/90, como as questões referentes à organização do Ministério da Saúde e à destinação de recursos da Seguridade para a saúde¹⁰².

A legislação do SUS confere um novo peso à participação social na saúde, ao afirmar o caráter permanente e deliberativo dos conselhos; definir na sua composição a

¹⁰² Cabe uma observação em relação à tramitação e aprovação das duas leis. A Lei 8080 tramitou durante quase dois anos e foi objeto de intensa negociação no Congresso. Segundo o entrevistado José Carlos Seixas, autoridade do Ministério da Saúde durante a gestão Seigo Tsuzuki, não parece ter havido empenho do então Presidente Sarney em agilizar a tramitação e sancionar a Lei, apesar do compromisso que havia sido assumido junto ao Ministro. No Governo Collor, segundo o Ministro Alcení Guerra, também entrevistado, os vetos teriam ocorrido em decorrência de orientação inadequada do setor jurídico à Presidência. A ágil tramitação da Lei 8142, que recuperou alguns pontos de veto e foi sancionada pelo Presidente Collor menos de três meses depois, teria sido negociada com o Congresso, com o apoio do Ministro Alcení, segundo o relato em entrevista com o próprio Ministro, com o então Secretário Nacional de Assistência à Saúde Ricardo

participação de representantes dos usuários (50% dos membros), governo, prestadores e profissionais de saúde¹⁰³; e exigir a formação de conselhos nas três esferas de governo, como condicionante até para a transferência de recursos federais.

Portanto, no que concerne à atuação do gestor federal, o marco legal do SUS estabelece já no início dos anos 90 que o novo Ministério da Saúde contaria com um novo conselho de saúde, atuante na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, prevendo a homologação das decisões do conselho pelo Ministro. A questão da relação do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional é um ponto importante na análise do padrão de atuação do gestor federal no período do estudo.

O segundo ponto tratado com destaque pela Lei 8142 – as condições e critérios de transferência de recursos federais – têm igualmente implicações importantes para a atuação do gestor federal nos anos subseqüentes. A primeira diz respeito à estruturação do Fundo Nacional de Saúde. A segunda se relaciona à afirmação de que os recursos referentes à cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal deveriam ser repassados de forma regular e automática pelo Fundo Nacional, de acordo com os critérios do já mencionado artigo 35º da Lei 8080, ou segundo apenas o critério demográfico, enquanto os demais não fossem regulamentados.

A não-implantação dos dispositivos mencionados no artigo 35º da Lei 8080 e na Lei 8142/90¹⁰⁴ representou um freqüente motivo de polêmica entre os atores envolvidos com a política nacional nos anos subseqüentes, sendo um dos pontos destacados por críticos ao modelo federal de regulação sobre a atuação de estados e municípios¹⁰⁵. Como poderá se ver adiante, o padrão de atuação do gestor federal que se consolidou nos anos 90, particularmente a partir de meados da década, apontou para um modelo de

Akel e ainda abordado no trabalho de Rodriguez Neto (2003, página 133). A propósito da tramitação das duas leis e dos vetos presidenciais, ver também Baptista (2003).

¹⁰³ As origens do Conselho Nacional de Saúde são bem anteriores à reforma sanitária, porém esse apresentava caráter consultivo e composição restrita. Em 1990, a mudança das atribuições e composição do Conselho Nacional de Saúde é tratada pelo Decreto nº 99438, de 7 de agosto de 1990, anterior à Lei Orgânica da Saúde. A Lei 8142 de dezembro de 1990 inova ao estabelecer o caráter deliberativo e estender a exigência de constituição de conselhos aos demais níveis de governo. Além disso, a Lei estabelece a realização de Conferências de Saúde periódicas com ampla participação social, visando a proposição de diretrizes para a política de saúde em cada esfera.

¹⁰⁴ A operacionalização desses dispositivos supostamente implicaria a adoção de fórmulas explícitas para a definição do montante das transferências federais que combinassem os critérios constantes do artigo 35º, ou a realização de transferências automáticas fortemente baseadas em critérios populacionais, envolvendo um maior peso da capitação, seja simples ou ponderada.

¹⁰⁵ A respeito desse debate, ver os trabalhos de Carvalho (2001 e 2002).

descentralização dos recursos federais sob forte regulação do Ministério da Saúde, exercida por meio de numerosas normas associadas a variados instrumentos financeiros¹⁰⁶.

As duas Leis da Saúde abordadas, aliadas à Constituição, representam a base legal sobre a qual se erige o SUS. Além desse marco legal, diversos atos legislativos e executivos de regulamentação da política de saúde nos anos 1990¹⁰⁷, mais gerais ou específicos, introduzem mudanças nas atribuições das esferas de governo na saúde, com implicações para o papel do gestor federal e para a direcionalidade da política de saúde.

Os dois próximos tópicos abordam os aspectos relevantes para a definição formal do âmbito de atuação do Ministério da Saúde, a partir da análise de documentos selecionados, com destaque para: (a) o conteúdo das normas operacionais do SUS, atos executivos que tiveram grande importância para a reorientação do papel das três esferas de governo na saúde; (b) as alterações na estrutura administrativa do Ministério da Saúde no período, introduzidas por diversas leis e decretos, refletindo as proposições de mudança nos campos de atuação do Ministério.

As normas operacionais do SUS e as atribuições do Ministério da Saúde

As Normas Operacionais do SUS (NOBs) representaram no período de 1990 a 2002 instrumentos importantes de regulamentação do processo de descentralização¹⁰⁸. A principal justificativa para a emissão dessas normas é a alegação que o arcabouço jurídico-legal do SUS, contido na Constituição e nas Leis 8.080 e 8.142 de 1.990, não seria suficiente para estabelecer os parâmetros operacionais necessários ao pleno funcionamento do sistema de saúde em cada conjuntura política. A própria Lei 8.142/90, em seu artigo 5º, autoriza o Ministério da Saúde a, mediante portaria ministerial, estabelecer as condições para a sua aplicação.

Cabe ponderar, entretanto, que portarias são atos administrativos que não têm força legal. Embora como órgão executivo setorial o Ministério da Saúde tenha o papel de regulamentar a aplicação das leis relevantes para a saúde, observam-se nos anos 90 conflitos relacionados aos limites e desvios dessa ação normalizadora federal, face ao

¹⁰⁶ Esse aspecto é retomado no Capítulo 7.

¹⁰⁷ Uma revisão e análise exaustiva da produção legislativa e executiva referente à saúde no período de 1990 a 2002 foge ao escopo desta pesquisa, já tendo sido realizada no estudo de Baptista (2003), que representa uma referência importante para o desenvolvimento do presente trabalho.

¹⁰⁸ Em trabalho anterior, publicado em co-autoria com Eduardo Levcovitz e Luciana Lima (Levcovitz, Lima e Machado, 2001) é apresentada uma caracterização e análise do papel das Normas Operacionais do SUS na política de saúde nos anos 90, considerando aspectos como: conteúdo, tempo de negociação, contexto e

marco legal do SUS. Outro ponto a ser destacado é que as NOs são elaboradas em diferentes conjunturas da política de saúde, sendo o seu conteúdo influenciado pelas possibilidades do governo em curso, pelo momento de implantação do SUS, pela visão dos dirigentes federais e pelas formas de participação dos outros atores – particularmente os gestores estaduais e municipais – na sua elaboração.

A importância das NOs para a análise do papel do gestor federal do SUS pode ser apreendida em dois planos. O primeiro se relaciona ao papel e significado dessas normas, emitidas por meio de portarias do Ministro da Saúde, que reforçam o poder de regulação do Executivo nacional do SUS sobre a própria descentralização e outros aspectos estratégicos para a implementação do SUS. Nesse sentido, as NOs constituem uma expressão importante do *modus operandi* do Ministério da Saúde ao longo do período do estudo, constitutivo de uma mudança no padrão de atuação do Estado no âmbito nacional e de suas relações com outras esferas de governo, em que a função reguladora se fortalece e assume novas características¹⁰⁹.

O segundo plano diz respeito às implicações diretas e indiretas do conteúdo das Normas Operacionais para o papel e atribuições do gestor federal. Tais instrumentos enfocam a divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios, aspectos fundamentais para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país federativo. Ao tratar desses aspectos, as NOs atuam explícita ou implicitamente como definidoras da repartição de atribuições e do grau de autonomia gestora de cada esfera de governo no sistema de saúde.

Nesse sentido, algumas NOs trazem itens especificamente dedicados à caracterização ou detalhamento do papel dos diferentes gestores do SUS – incluindo um item referente ao gestor federal- , enquanto outras abordam o papel dos gestores ao longo do texto, ora explicitamente, ora de forma subjacente às orientações relativas à descentralização.

atores envolvidos no processo de formulação e implantação, avanços e problemas relacionados com a implementação dessas normas, entre outros.

¹⁰⁹ Esse aspecto será retomado no Capítulo 7.

Segue-se um quadro resumo do conteúdo das normas operacionais – NOB/91, NOB/92, NOB/93, NOB/96 e NOAS/02 – no que concerne ao papel do gestor federal na política de saúde.

Quadro 3.1– Papel do gestor federal segundo as normas operacionais do SUS.

Norma	Ator Federal	Conteúdo explícito referente ao papel do gestor federal					Questões chaves referentes ao modelo de atuação federal		
		Item específico	Foco do papel	Campos de atuação	Atuação intersetorial	Detalhamento do papel	Modelo de descentralização	Funções do gestor federal	
NOB/91	INAMPS	Não	Gestão, transferência/repasse e controle de recursos federais da assistência	Assistência	Sem menção	Restrito na norma a aspectos operacionais	Descentralização tutelada e convenial para os municípios	Financiamento (pagamentos), controle, fiscalização	
NOB/92	MS (INAMPS)	Não	Gestão, transferência/repasse e controle de recursos federais da assistência	Assistência	Sem menção	Restrito na norma a aspectos operacionais	Descentralização tutelada e convenial para os municípios	Financiamento (pagamentos), controle, fiscalização	
NOB/93	MS (SAS)	Sim	Transferência de recursos federais da assistência; promoção da descentralização e apoio a estados e municípios	Menção aos vários campos	Sim	Em debate; proposta de grupos de trabalho para a redefinição do papel	Municipalização plena com transferências federais fundo a fundo	Financiamento negociação, articulação, promoção da descentralização e apoio a estados e municípios	
NOB/96	MS (SAS)	Sim	Definição de critérios de alocação e transferência de recursos federais	Menção aos vários campos	Sim	Esforço de detalhamento na norma para além de aspectos operacionais	Descentralização com organização da assistência; municipalização (principalmente da atenção básica) com resgate dos estados	Formulação, financiamento, regulação (indução e normatização)	
NOAS/02	MS (SAS e SPS)	Não	Normatização da assistência; Gestão, financiamento e regulação da alta complexidade	Assistência	Sem menção	Restrito à organização da assistência	Descentralização com regionalização da assistência, regulada pela União e estados	Formulação, financiamento, organização da rede, regulação (indução e normatização)	

Fonte: Elaboração própria, a partir da análise das normas operacionais do SUS.

*Nota: Na análise da NOB/93, considera-se também o conteúdo do documento: “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei” (Brasil, MS/GED, 1993).

As mudanças na estrutura do Ministério da Saúde¹¹⁰

No período de 1990 a 2002, uma série de atos legislativos e executivos – leis, decretos, medidas provisórias, portarias ministeriais- regulamentam alterações na estrutura administrativa e nas atribuições das diversas áreas do Ministério da Saúde.

Em grande medida, essas alterações refletem elementos do contexto político, sejam as diretrizes mais gerais para a ação do Estado no âmbito nacional e para a Administração Pública Federal, sejam as transformações mais específicas em curso na política setorial. Além disso, mudanças na estrutura do Ministério podem expressar tanto distintas visões dos dirigentes federais sobre as funções a serem desempenhadas pelo gestor federal, bem como disputas de poder e acordos políticos internos e externos ao Ministério.

A análise dessas alterações é um ponto de partida útil para a compreensão dos principais momentos de inflexão e das proposições de mudanças no papel e nas funções do Ministério de Saúde em seus vários campos de atuação.

A revisão dos atos legislativos e executivos que tratam da estrutura do Ministério da Saúde de 1990 a 2002– entre os quais se destacam os decretos - permite identificar diferentes momentos, que podem ser resumidos na seguinte periodização:

- ***Momento 1 (1990-1991)- Formação inicial do novo Ministério da Saúde***
- ***Momento 2 (1992) - Ajustes pontuais***
- ***Momento 3 (1993-1994)– Tentativa de reestruturação do Ministério da Saúde pró-SUS***
- ***Momento 4 (1995-1996) – Ajustes pontuais***
- ***Momento 5 (1997) – Enxugamento e fragmentação institucional***
- ***Momento 6 (1998-2002) – Diversificação e fragmentação institucional***

Em relação a essa periodização, cabem duas observações gerais. A primeira é que em alguns momentos houve mudanças mais expressivas, com implicações substantivas para o papel do gestor federal, enquanto em outros momentos predominaram mudanças incrementais ou pontuais.

A segunda observação é que há uma coincidência forte – embora não absoluta - desses momentos com as diferentes gestões ministeriais, confirmando que mudanças de

¹¹⁰ A elaboração desse item se beneficiou dos trabalhos de sistematização e análise da produção legislativa e executiva a respeito da estrutura e atribuições do Ministério e demais aspectos da política de saúde desenvolvidos por Baptista (2003) e Santos (2003). A autora agradece em particular a Tatiana Wargas de Faria Baptista pela disponibilização de informações levantadas em sua pesquisa.

governo e/ou de Ministros tendem a repercutir na proposta de estruturação, papel e âmbitos de atuação do Ministério da Saúde. A análise mais detalhada de cada um desses momentos que se segue revela ainda a influência de outros fatores, como a agenda de reforma administrativa de um dado governo, o momento da política setorial e o peso político dos atores envolvidos.

Momento 1 (1990-1991)- Formação inicial do novo Ministério da Saúde

Esse foi um momento de importantes transformações na estrutura do Ministério da Saúde, iniciadas ao final do Governo Sarney. Essas mudanças prosseguem no contexto conservador do Governo Collor, embora com características próprias e distorções em relação a proposições da reforma sanitária para o Sistema Único de Saúde.

O principal marco do período é incorporação do INAMPS “vivo” ao Ministério da Saúde, preservando funções importantes de normatização e financiamento. O decreto que determina a incorporação do INAMPS é publicado em março de 1990, nos últimos dias do Governo Sarney, assinado pelo Presidente, pelo Ministro da Saúde Seigo Tsuzuki e pelo Ministro da Previdência e Assistência Social Jáder Barbalho¹¹¹. Essa mudança se dá com atraso em relação à Constituição, mas antes da aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 de setembro de 1990)¹¹². O texto do decreto é curto e transfere aos Ministros das duas áreas a responsabilidade de adotar as providências necessárias para viabilizar as mudanças na gestão financeira, orçamentária e patrimonial. Nos dias subseqüentes, os últimos do governo Sarney e da gestão ministerial de Seigo Tsuzuki, o Ministério da Saúde publica algumas portarias nesse sentido, incluindo duas que tratam da transferência de recursos para os estados por meio do INAMPS e da extinção dos escritórios regionais do INAMPS.

Entretanto, durante todo o período 1990-1991, no Governo Collor e na gestão de Alcení Guerra no Ministério da Saúde, várias normas, portarias e resoluções evidenciam que o INAMPS permanece como uma entidade poderosa dentro da estrutura ministerial¹¹³, continuando a gerir os recursos federais oriundos das contribuições previdenciárias de forma centralizada, recursos esses de grande importância para o financiamento da assistência à saúde. Várias portarias que dispõem sobre a estrutura administrativa, a

¹¹¹ Decreto nº 99060, de 07 de março de 1990.

¹¹² A questão da inflexão conservadora durante o Governo Sarney é bem estudada por vários autores. Em entrevista à pesquisadora, José Carlos Seixas relata que o Presidente Sarney havia assumido dois compromissos com o então Ministro da Saúde Seigo Tsuzuki: incorporar o INAMPS ao Ministério da Saúde (o que só ocorre nos últimos dias do governo Sarney) e sancionar a Lei Orgânica da Saúde (o que só veio a ocorrer ao final do primeiro ano do Governo Collor).

¹¹³ A propósito da produção normativa do período, ver também o trabalho de Baptista (2003).

começar por uma emitida nos primeiros anos do governo que restaura os escritórios regionais do INAMPS¹¹⁴, tratam de aspectos relativos à estrutura e atribuições do INAMPS e usam expressões do tipo “até a efetiva implantação do SUS” ou “até que a estrutura seja adequada à implantação do SUS”, fruto das tensões entre grupos resistentes à extinção dessa entidade e pressões para a adequação imediata da estrutura ao novo papel do gestor federal, coerente com os princípios e diretrizes do SUS.

Apesar da permanência do INAMPS “vivo” no interior do Ministério da Saúde ser apontada com um ícone da resistência à transformação institucional necessária à implantação do SUS, as mudanças operadas na estrutura ministerial no período em questão não foram desprezíveis. A nova Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) – cujo secretário acumula a Presidência do INAMPS- assume responsabilidades progressivamente maiores na coordenação nacional de políticas de assistência à saúde, incorporando aos poucos atribuições do antigo Ministério da Saúde – como a responsabilidade sobre as políticas de saúde mental, tuberculose e câncer - e do INAMPS – como a atribuição de gerir os sistemas de alta complexidade. A existência dentro dessa secretaria de um “Departamento do SUS”, por outro lado, denota uma visão enviesada do SUS como uma parte da política de saúde, bem como a dificuldade de transformação institucional do Ministério da Saúde no novo gestor federal do SUS.

Outra mudança importante é a constituição da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), por meio da incorporação da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)¹¹⁵, com posterior incorporação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) à FUNASA¹¹⁶. A Fundação Nacional de Saúde passa a coordenar nacionalmente as ações de controle de endemias e epidemias.

O decreto que permite uma visão mais clara da estrutura regimental do Ministério da Saúde no período é de 1991¹¹⁷ (ver estrutura no Anexo 3), sucedendo leis, decretos e portarias que regulamentam mudanças importantes. Essa estrutura compreende como um “órgão específico”, além da já mencionada SNAS, a Secretaria Nacional de Vigilância

¹¹⁴ Portaria do Gabinete do Ministro/ MS nº 259, de 20/03/90. Em entrevista, Ricardo Akel, Secretário Nacional de Assistência à Saúde da gestão Alcení Guerra, critica as medidas de extinção dos escritórios regionais do INAMPS nos últimos dias do Governo Sarney, visto que em alguns estados tais escritórios envolviam quadros técnicos qualificados, que deveriam ser integrados ao SUS.

¹¹⁵ Lei 8029, de 12 de abril de 1990, que trata da extinção e dissolução de entidades da Administração Pública Federal.

¹¹⁶ Essa incorporação se dá por meio da Lei 8101, de 6 de dezembro de 1990.

¹¹⁷ Decreto nº 109, de 2 de maio de 1991.

Sanitária. A análise do decreto permite identificar ainda a existência de órgãos comuns a todos os ministérios civis, conforme determinação de outro decreto do ano anterior¹¹⁸. Embora nesse período não exista um órgão denominado “Secretaria Executiva” na estrutura ministerial, o papel dos Secretários Executivos nos ministérios civis é definido por esse decreto geral, envolvendo um leque amplo de atribuições relacionadas ao planejamento, gestão orçamentária e financeira e reforma administrativa.

Ocorrem ainda no período mudanças que refletem tensões da Administração Pública, decorrentes da interação entre as diretrizes constitucionais e infra-constitucionais que procuram aumentar o rigor das regras da administração, *versus* a agenda de reforma administrativa do Governo Collor. Entre elas pode-se citar: (a) a extinção das Campanhas de Saúde Pública, cujas ações são absorvidas pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde ou pela FUNASA¹¹⁹; (b) a tentativa de incorporação de modalidades de gestão com maior autonomia administrativa mediante a autorização para a transformação da Central de Medicamentos (CEME) em empresa pública¹²⁰ e a instituição do Serviço Social Autônomo das Pioneiras Sociais¹²¹.

Um outro conjunto de mudanças relevante está relacionado ao quantitativo de serviços e funcionários subordinados à estrutura do Ministério da Saúde, que se reduz de forma expressiva em função da intensa descentralização de unidades federais para estados e municípios e cessão de funcionários federais para outras esferas de governo e entidades da Administração ocorrida no período¹²².

¹¹⁸ O Decreto nº 99244, de 10 de maio de 1990 se refere à organização de todos os ministérios, estabelecendo como órgãos comuns aos ministérios civis: a consultoria jurídica, a Secretaria de Administração Geral e Secretaria de Controle Interno.

¹¹⁹ As Campanhas de Saúde Pública representaram entre as décadas de 60 e 80 estratégias de privilegiar os programas prioritários de controle de determinadas doenças, ao permitirem maior autonomia e flexibilidade por exemplo, para contratação de pessoal sem concurso público. Em 1990, a SNAS assume a responsabilidade sobre as Campanhas Nacionais de Controle e Combate ao Câncer, de Controle e Combate à Tuberculose e de Saúde Mental, por meio da portaria ministerial nº 123. Já a FUNASA, a partir da sua criação pela Lei 8029/90, assume as ações das Campanhas de Saúde Pública até então conduzidas pela SUCAM. A oficialização da extinção das Campanhas ocorre mais de um ano depois, por meio do Decreto 109, de 2 de maio de 1991.

¹²⁰ A proposta de transformação da CEME em empresa pública também consta na já citada Lei 8029, de 12 de abril de 1990, que trata da extinção e dissolução de entidades da Administração Pública Federal, e é novamente mencionada no Decreto 109, de 2 de maio de 1991, que estabelece a permanência da CEME como órgão autônomo integrante do Ministério da Saúde “até a efetivação do processo de transformação em empresa pública”, sugerindo que essa transformação ainda não teria ocorrido.

¹²¹ A Lei 8.246, de 22 de outubro de 1991 extingue a Fundação das Pioneiras Sociais e institui o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais como pessoa de direito privado, que celebraria contrato de gestão com a União e teria autonomia para gerir os recursos federais repassados, assim como para a contratação e administração de pessoal, celebração de contratos com pessoas de direito privado e captação de recursos de outras fontes. Tal questão é abordada em Machado (1999).

¹²² Essa questão será retomada nos Capítulos 5 e 7 pois tem relação com o processo de descentralização de serviços e a retração da função do Ministério da Saúde de prestação direta de ações de saúde.

Por fim, é de agosto de 1990 o primeiro decreto da década que trata da organização, composição e atribuições do Conselho Nacional de Saúde¹²³, reconhecido como integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, precedendo a promulgação das Leis da Saúde. De forma geral, o conteúdo do decreto é coerente com a diretriz constitucional de participação social e é reproduzido nos artigos que tratam da mesma questão na Lei 8.142/90, promulgada quatro meses após. A composição do Conselho Nacional de Saúde passa por ajustes pontuais durante a década de 1990, mantendo-se o referido decreto em vigor no período do estudo.

Em síntese, em que pese o conservadorismo do Governo Collor e a existência de dificuldades e resistências no processo de transformação institucional do novo Ministério da Saúde para o exercício de um novo papel, coerente com as diretrizes constitucionais do SUS, no período 1990-1991 houve mudanças significativas na estrutura ministerial, que constituem a base para as transformações operadas nos anos subsequentes.

Momento 2 (1992) - Ajustes pontuais

O ano de 1992 representa um ano de crise do Governo Collor¹²⁴, com repercussões no Ministério da Saúde, sendo o Ministro Alcení Guerra substituído por Adib Jatene no início do ano. O Ministro Jatene permanece apenas sete meses no cargo, devido ao *impeachment* do Presidente Collor em novembro do mesmo ano. Face ao contexto de crise e de instabilidade institucional, compreende-se que não tenham ocorrido neste ano mudanças expressivas na estrutura ministerial.

Momento 3 (1993-1994) - Tentativa de reestruturação do Ministério da Saúde pró-SUS

Esse momento coincide com o governo de coalizão de Itamar Franco, durante o qual o cargo de Ministro da Saúde é ocupado sucessivamente por Jamil Haddad e Henrique Santillo e vários cargos importantes do Ministério são assumidos por representantes do movimento municipalista na saúde.

¹²³ Decreto nº 99438, de 7 de agosto de 1990. A composição inicial do Conselho Nacional de Saúde é apresentada no Anexo 4 e outras questões referentes ao funcionamento do Conselho são retomadas no Capítulo 4.

¹²⁴ Nesse ano estouraram diversos escândalos e denúncias de desvios e corrupção no Governo, que atingem vários órgãos federais.

No que concerne à estrutura federal, o grande marco desse período é a extinção do INAMPS em julho de 1993 por meio de uma lei¹²⁵ que determina: (a) a transferência de suas atribuições para o Ministério da Saúde, estados e municípios, de acordo com as competências definidas nas Leis da Saúde; (b) a transferência das dotações orçamentárias do INAMPS ao Fundo Nacional de Saúde, que passaria a gerir as transferências automáticas para estados e municípios. (c) a incorporação de seu patrimônio à União ou sua doação/cessão a estados e municípios, no caso de unidades assistenciais; (d) a incorporação dos servidores efetivos do INAMPS ao quadro de pessoal do Ministério da Saúde, em alguns casos com possibilidade de opção por outros órgãos federais, bem como a cessão de servidores federais aos estados e municípios, ficando a sua remuneração sob responsabilidade da União.

Antes e depois da lei de extinção do INAMPS, alguns decretos regulamentam a extinção gradual de unidades e incorporação de cargos e funções do INAMPS à Secretaria Assistência à Saúde (SAS)¹²⁶. A SAS assume a gestão da política nacional de assistência à saúde e as rédeas do processo de descentralização no período, com ênfase na municipalização e na viabilização da transferência automática de recursos federais para o município. O “Departamento do SUS” é extinto e as atividades do INAMPS são assumidas pelos departamentos de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde e Departamento de Normas Técnicas da SAS.

A retirada da responsabilidade de gestão financeira do INAMPS também representa uma transformação de grande relevância, pois marca o início do funcionamento do Fundo Nacional de Saúde como principal caixa de entrada e saída dos recursos do setor saúde, geridos pelo Ministério da Saúde¹²⁷. No que diz respeito ao ingresso de recursos, é certo que houve uma substancial redução das receitas da saúde no período com a interrupção de aporte de recursos da Previdência para a Saúde no primeiro semestre de 1993, uma das evidências da negação da lógica do Orçamento da Seguridade Social¹²⁸. No que se refere à

¹²⁵ Lei 8689, de 27 de julho de 1993.

¹²⁶ Por exemplo os decretos nº 809, de 24 de abril de 1993, nº 864, de 9 de julho de 1993, nº1209, de 3 de agosto de 1994 e nº 1226, de 17 de agosto de 1994.

¹²⁷ O que não significa todos os recursos destinados à saúde, dado que outros ministérios gerenciam recursos importantes para a saúde da população. A propósito, ver o trabalho de Ugá et al. (2003).

¹²⁸ A questão da garantia do aporte regular de recursos para a saúde representou desde a constituinte um argumento contrário à extinção do INAMPS por alguns grupos, visto que a principal fonte de financiamento da saúde até então era a arrecadação previdenciária repassada ao INAMPS. Os grupos que defendiam a construção efetiva do “Ministério Único da Saúde”, por sua vez, alegavam que a extinção do INAMPS era fundamental para a construção do SUS, e no pós-Constituinte lutaram pela garantia de aporte regular e suficiente de recursos para a saúde a partir de um Orçamento da Seguridade Social com fontes diversificadas. A propósito, ver Carvalho (2002) e Baptista (2003). Ressalte-se que, nos anos 90, a fragilidade da lógica de

saída de recursos, a instituição do Fundo Nacional de Saúde sob gestão do novo Ministério é fundamental para possibilitar a concretização do mecanismo de transferência regular e automática diretamente da esfera federal para os fundos municipais de saúde, coerentemente com as diretrizes legais e com a prioridade dada à municipalização na agenda do Ministério da Saúde no período¹²⁹.

A autorização para a cessão do patrimônio e dos servidores do INAMPS para estados e municípios representa outro ponto importante da Lei, ao respaldar o processo de descentralização de serviços e ações de saúde, que já vinha sendo conduzido nos anos anteriores.

Outra questão importante a ser comentada é a criação na mesma lei de extinção do INAMPS do Sistema Nacional de Auditoria, cujo órgão central seria o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria. O formato do sistema proposto tem relação com pressões do grupo de auditores para preservar o poder sobre as atividades de auditoria do sistema. Na prática, apesar do texto legal estabelecer que esses três grupos de atividades deveriam ser tratados de forma integrada, no âmbito federal a auditoria funciona de forma separada de outras atividades de controle e avaliação até o final dos anos 1990.

Quanto aos Escritórios de Representação do INAMPS, somente em 1994 se dá a sua transformação formal em Escritórios de Representação do Ministério da Saúde, com atribuições predominantemente administrativas e de apoio aos órgãos do Ministério da Saúde, estados e municípios para a implementação do SUS. Algum destaque é dado ao papel desses escritórios na assessoria aos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria das três esferas de governo, na fiscalização da aplicação de recursos orçamentários e financeiros federais¹³⁰.

Vale ainda comentar a instituição de uma Ouvidoria-Geral da Saúde junto ao Gabinete do Ministro em 1994, abrindo um canal formal de processamento de reclamações e denúncias sobre questões relativas ao direito à saúde¹³¹.

O conjunto de mudanças operadas na estrutura do Ministério no período sugere que os esforços se direcionaram para a extinção do INAMPS, considerada como um aspecto

Seguridade da Social, a não implantação do Orçamento da Seguridade Social, a competição entre áreas pelos recursos sociais e a crise de financiamento da saúde têm diversas determinações estruturais e conjunturais e seria inadequado atribuir a causalidade desses problemas a uma mudança de estrutura administrativa.

¹²⁹ Vale ressaltar que, apesar dos esforços da equipe do Ministério, houve grande demora na aprovação dos mecanismos legais para viabilização das transferências fundo a fundo no período, como destacam Lucchese (1996) e Carvalho (2002).

¹³⁰ Decreto nº 1226, de 17 de agosto de 1994.

¹³¹ Portaria nº 772, de 7 de abril de 1994.

fundamental para possibilitar a formação de um novo gestor federal para o Sistema Único de Saúde, e, sobretudo, viabilizar a descentralização de poder, atribuições e recursos para os municípios. São freqüentes nos decretos e portarias que tratam da estrutura do Ministério no período expressões como: “enquanto não for definida a estrutura geral do Ministério da Saúde”, “enquanto não se processa a reestruturação global do Ministério da Saúde”. O uso freqüente dessas expressões sugere, por um lado, o entendimento de que mudanças profundas deveriam ser operadas, e por outro, um certo grau de indefinição quanto à estrutura mais adequada ao novo Ministério, para além da clara prioridade de extinção do INAMPS.

Em síntese, a análise das mudanças na estrutura do Ministério da Saúde no período 1993-1994 permite apontar a extinção do INAMPS como um momento decisivo para a construção do novo Ministério da Saúde, com um perfil institucional mais coerente com as diretrizes do SUS. Mas igualmente sugere que, naquele momento, para além da defesa das diretrizes das Leis da Saúde e da ênfase na extinção do INAMPS, não havia muita clareza a respeito de um papel positivo e de novas funções a serem desempenhados pelo gestor federal, mesmo que essa questão fosse valorizada pelos gestores e reconhecida como objeto de debate, de forma atrelada ao processo de descentralização¹³².

A situação de baixa definição do papel institucional do MS no período, portanto, parece ter relação com o contexto mais amplo de transição política no Governo Federal e no setor saúde, com a necessidade de enfrentar as dificuldades relativas ao financiamento setorial e com o direcionamento de esforços para lidar com a complexidade política, administrativa e financeira de extinção do INAMPS.

Momento 4 (1995-1996) –Ajustes pontuais

Nesse momento, coincidente com o início do primeiro Governo Fernando Henrique Cardoso e com gestão de Adib Jatene no Ministério da Saúde, não se observam mudanças expressivas na estrutura do Ministério da Saúde.

Ressalva seja feita à tentativa de reestruturação do Sistema Nacional de Auditoria por meio de decreto¹³³, que reafirma como órgão de atuação do sistema no plano nacional

¹³² Isso pode ser apreendido, por exemplo, a partir da análise do documento “*Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei*” (Brasil, Ministério da Saúde, 1993).

¹³³ Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria¹³⁴, vinculando-o à Secretaria de Assistência à Saúde.

Outro ponto a ser destacado é a descentralização de unidades assistenciais federais que ainda estavam sob responsabilidade da SAS – particularmente postos de assistência médica do extinto INAMPS e maternidades localizadas no município do Rio de Janeiro. Persistem sob administração federal, entretanto, os hospitais federais do município do Rio e poucos hospitais federais em outros estados.

Momento 5 (1997) – Enxugamento e fragmentação institucional

Ainda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso, durante a gestão ministerial de César Albuquerque, o ano de 1997 compreende algumas mudanças importantes na estrutura do Ministério da Saúde.

Destacam-se a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e a desativação da Central de Medicamentos (CEME)¹³⁵, bem como a criação de duas novas secretarias – a Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação e a Secretaria de Projetos Especiais de Saúde¹³⁶.

É importante apontar três grupos de motivos freqüentemente citados para a extinção do INAN e da CEME¹³⁷. O primeiro é a constatação de que ambos já teriam há muito se distanciado do seu papel e perdido sua importância na política nacional, além de sofrerem acusações de má-gestão e desvio de recursos. O segundo motivo seria a inadequação dessas estruturas centralizadas no contexto de descentralização das políticas de saúde. Um terceiro motivo tem relação com as próprias diretrizes de reforma do Aparelho de Estado no período, favoráveis à redução de estruturas federais e à descentralização, que permitem identificar 1997 como um ano de enxugamento da Administração Federal.

O decreto de extinção do INAN e da CEME estabelece que as atividades desses órgãos deveriam ser transferidas para o Ministério da Saúde. A incorporação dessas atividades no Ministério não se dá em bloco, mas sim de forma fragmentada, por meio de diversos programas em diferentes órgãos do Ministério, sejam os anteriormente existentes

¹³⁴ Este departamento já havia sido criado formalmente pela Lei 8.689, de 1993, mas nos anos subsequentes as atividades de auditoria continuam a funcionar separadamente das ações de controle e avaliação desenvolvidas pela SAS.

¹³⁵ Decreto nº 2283, de 24 de julho de 1997. No ano seguinte, a Lei 9618, de 2 de abril de 1998, reitera a extinção do INAN e a desativação da CEME, tratando ainda da extinção da Superintendência Nacional de Abastecimento (SUNAB), com transferência das atividades desta última para o Ministério da Fazenda.

¹³⁶ Decreto nº 2284, de 24 de julho de 1997.

¹³⁷ Entrevistas com o Ministro Carlos Albuquerque e com outros dirigentes do período, como o Secretário Executivo Barjas Negri e o Secretário de Assistência à Saúde Antônio Werneck.

ou as novas secretarias criadas. No que tange à questão da política de medicamentos e assistência farmacêutica, por exemplo, é impressionante a fragmentação dos programas federais observada nos anos subseqüentes, que aliada à descentralização desses programas em um contexto de grande diversidade regional, torna difícil a afirmação da existência de uma política nacional de assistência farmacêutica. Isso não quer dizer que essa política nacional integrada existisse anteriormente. Ressalte-se que a CEME há muito havia se distanciado de seus propósitos iniciais e vinha desempenhando eminentemente atividades de distribuição de medicamentos¹³⁸.

No que diz respeito à criação das novas secretarias, para além da incorporação de novas atividades, observa-se também uma redução do poder da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) no período, com incorporação de parte de suas atribuições à Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação (SPSA). Isso ocorre, por exemplo, em relação a alguns programas de atenção básica e a parte da política de medicamentos, enquanto outras ações de atenção à saúde permanecem sob responsabilidade da SAS. O processo de descentralização e as estratégias de coordenação intergovernamental (por exemplo, por meio da Comissão Intergestores Tripartite) também passam a ser coordenados pela recém-criada SPSA.

Em resumo, no que concerne à estrutura do Ministério da Saúde o que marca esse período é uma reformulação por meio de extinção ou redução de algumas áreas em prol da descentralização, assim como o início de um novo processo de fragmentação institucional, representado pela criação de duas novas secretarias e divisão interna de atribuições. Particularmente, a criação da SPSA favorece uma fragmentação da atenção à saúde que será aprofundada nos anos subseqüentes.

Momento 6 (1998-2002) – Diversificação e fragmentação institucional

Esse período de mudanças na estrutura do Ministério da Saúde começa ainda ao final da gestão ministerial de Carlos Albuquerque e é em sua maior parte marcado pelos estilos de José Serra e Barjas Negri na condução da política federal de saúde.

Um aspecto marcante nesse período é o aprofundamento da fragmentação institucional iniciada no momento anterior. Mas a importância de considerar esse período separadamente reside no fato de que, entre 1998 e 2002, as mudanças na estrutura do

¹³⁸ Esse debate será retomado no capítulo 6.

Ministério expressam uma expansão e diversificação de atividades que não era percebida em 1997.

As principais mudanças na estrutura administrativa e regimental do MS nesse período são: (a) a criação de duas agências reguladoras de segmentos de mercados em saúde: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (esta precedida pela criação do Departamento de Saúde Suplementar – DESAS – no âmbito da SAS); (b) a criação de novos departamentos, com redivisão de atribuições entre Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde, agravando a fragmentação na condução da política nacional de atenção à saúde e da política de descentralização; (c) a criação da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde; (d) a ampliação das atribuições da Secretaria Executiva.

Como um marco inicial desse momento pode-se apontar um decreto de janeiro de 1998¹³⁹ que, entre outras mudanças, cria o Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), introduzindo pela primeira vez na estrutura do Ministério da Saúde um órgão destinado à regulação do setor de saúde suplementar. A criação do DESAS, ainda no final da gestão Albuquerque, é fruto de debates que já vinham ocorrendo nos anos anteriores sobre a regulamentação da área no Executivo, no Legislativo e em segmentos da sociedade e oficializa a entrada da saúde na co-regulação desse mercado. Também é consoante com a entrada de José Serra no Ministério da Saúde em março de 1998, dado que o novo Ministro defendia a necessidade de maior regulação estatal sobre o setor de saúde suplementar. E, vale ainda ressaltar, precede a aprovação da lei de regulação dos planos de saúde, que ocorre em meados de 1998¹⁴⁰. No final de 1999, o DESAS é extinto, em função da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹⁴¹.

Cabe uma breve análise em relação à criação das agências reguladoras – Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Agência Nacional de Saúde Suplementar - nesse período. A agenda de Reforma do Aparelho do Estado lançada pelo MARE no período 1995-1996 propunha o deslocamento da responsabilidade por atividades exclusivas do

¹³⁹ Decreto nº 2477, de 28 de janeiro de 1998. Ver também Brasil, Ministério da Saúde, SAS, 2002.

¹⁴⁰ Baptista (2003) destaca que a Lei 9656/98 que trata da regulação dos planos de saúde, tramitou por quase cinco anos até ser aprovada em junho de 1998 e que entre 1998 e 2002 foi alvo de mais de 40 medidas provisórias, sofrendo várias alterações.

¹⁴¹ A Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada pela Medida Provisória nº 1928, de 25 de novembro de 1999, depois referendada pela Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000.

Estado para agências com maior autonomia administrativa e financeira¹⁴². No Governo Fernando Henrique Cardoso, são criadas agências em várias áreas, particularmente com o objetivo de regular setores estratégicos da economia de (energia elétrica, telefonia e petróleo)¹⁴³.

A criação de duas agências reguladoras na área da saúde nos anos de 1999 e 2000 é uma das expressões da repercussão desse processo mais geral de reforma administrativa federal sobre a política de saúde, mas assume feições e propósitos diferentes¹⁴⁴. O Ministro José Serra tem um papel importante na criação das agências, com o argumento de expandir a regulação do Estado sobre duas áreas estratégicas: a saúde suplementar e a regulação sanitária de produtos e serviços de saúde. Pode-se apontar como uma característica comum entre as duas agências da saúde a necessidade de conjugar objetivos sociais com a intervenção na operação de mercados que envolvem um grande número de agentes e movimentam recursos expressivos¹⁴⁵.

Portanto, a estratégia definida para expandir a ação reguladora estatal nesses dois campos da saúde não é seu fortalecimento no âmbito da administração direta, mas sim a criação de agências sob a forma de autarquias, vinculadas ao Ministério da Saúde com um alto grau de autonomia administrativa e financeira e estabilidade para os seus dirigentes. Daí que, se por um lado a criação das agências representa uma expansão da atuação do gestor federal na regulação de mercados na saúde, por outro lado ela expressa um aumento da fragmentação do Ministério da Saúde na condução da política setorial.

Mas as diferenças entre as duas áreas a serem reguladas são muitas, inclusive no que se refere à atuação prévia do Estado na relação com esses mercados, expressa na política pública de saúde. A vigilância sanitária representava uma área de atuação do gestor

¹⁴² A proposta geral de desenho da reforma do aparelho do Estado é apresentada em Brasil, Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1995. A proposta de criação de agências reguladoras de certa forma se inspira em um modelo americano e é coerente com uma certa propensão à proliferação de agências administrativas independentes também em vários países europeus a partir dos anos 80, no bojo dos movimentos de reforma do Estado (Dente, 1997; Majone, 1999). Para Melo (2001), a criação de agências administrativas autônomas implica nos governos abrirem mão do poder de atuação direta em algumas áreas, que passam a funcionar de forma mais insulada, em prol de sua maior credibilidade e eficiência.

¹⁴³ As agências reguladoras se caracterizam por autonomia administrativa e financeira, mandato fixo e estabilidade de seus dirigentes, cuja indicação é referendada pelo Senado; possibilidade de arrecadação de recursos próprios (taxas, multas). Para uma comparação entre as várias agências, ver Costa et al. (2002).

¹⁴⁴ Boschi e Lima (2002) apontam que, ao contrário das primeiras agências criadas nos anos de 1996 e 1997, a proliferação de agências posteriormente parece se distanciar mais dos propósitos originais da Reforma do Aparelho do Estado apresentada pelo MARE, respondendo a outros interesses e adquirindo novos sentidos.

¹⁴⁵ Bahia (2001) destaca que, embora as agências da saúde se aproximem daquelas da área econômica em termos de estrutura administrativa, os dois grupos se diferenciam em relação à natureza das ações de regulação. Assim, enquanto as agências dos setores econômicos voltam para a formação e diversificação de

federal de saúde mesmo antes da instituição do Sistema Único de Saúde e desde o início da década a estrutura do novo Ministério da Saúde comporta uma Secretaria de Vigilância Sanitária, responsável pela política nacional nessa área, embora com alcance bastante limitado no que tange à regulação de mercados. Além disso, os estados e mesmos vários municípios já desenvolviam atividades no âmbito da vigilância sanitária. Já a regulação do setor de saúde suplementar representa uma área de atuação completamente nova para o Ministério da Saúde, que ganha alguma concretude com a criação do DESAS e principalmente da ANS¹⁴⁶.

Essas diferenças de certa forma se expressam nas leis de criação das duas agências. A lei de criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e explicita que a competência da União deve ser exercida: (a) pelo Ministério da Saúde, na formulação, acompanhamento e avaliação da política nacional de vigilância sanitária e diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; (b) pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com o papel de coordenar o Sistema Nacional de vigilância Sanitária e desempenhar várias outras ações de normatização, fiscalização, controle, monitoramento, recolhimento de taxas, entre outros; (c) por outros órgãos e entidades do executivo federal. Observa-se portanto que a lei procura explicitar o papel do Ministério da Saúde na formulação e direcionamento da política nacional, ainda que a ANVISA seja a responsável pela coordenação, implementação e execução do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A Secretaria de Vigilância Sanitária deixa de existir a partir da criação da ANVISA e o relacionamento da agência deve se dar diretamente com o Ministro, estando prevista a celebração de contrato de gestão. Além disso, a lei de criação da ANVISA faz menção à relação da agência com estados e municípios, seja para delegação da execução de atribuições ou para assessoramento e complementação de ações da esfera estadual e municipal.

Já a lei de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar se volta para a definição de atribuições e estrutura da própria agência, sem que estejam presentes os dois elementos acima citados: não se destaca o papel do Ministério da Saúde na formulação ou direcionamento da política, nem se faz menção à relação com outras esferas de governo na

mercados, as da saúde se ancoram na expectativa de constituição de mecanismos estatais de fiscalização e controle de preços mais potentes.

¹⁴⁶ Costa et al. (2002) destacam que, enquanto em outras áreas, como nos segmentos de infra-estrutura e comunicações e mesmo em relação à vigilância sanitária/medicamentos, outros países têm experiência como o modelo de agências autônomas, a ANS enfrenta um grande desafio em estruturar o campo de regulação da

implementação dessa política. Atribui-se à ANS a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, com a competência de propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), cuja composição envolve representantes do governo e da sociedade.

Embora o status jurídico das agências seja o mesmo - ambas são autarquias vinculadas ao Ministério da Saúde-, a análise do conteúdo das leis de criação das agências sugere uma proposta de maior autonomia para a ANS na condução das estratégias de regulação da saúde suplementar, enquanto o texto da lei da ANVISA parece valorizar a inserção da agência no bojo de um sistema nacional de vigilância sanitária, mencionando o papel de formulação do Ministério da Saúde e a participação de estados e municípios na implementação da política.

Nesse período, ocorrem também reformulações de estrutura no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde e da Secretaria de Políticas de Saúde, com a transferência de atribuições entre ambas e mudança de *status* de algumas áreas, destacando-se as relativas à condução das políticas de atenção básica e de descentralização.

Em relação à atenção básica, houve mudanças importantes em termos de estrutura administrativa, que de certa forma acompanharam a priorização de alguns programas dessa área no período em questão. De 1998 até o início do ano 2000, as estratégias de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estiveram sob responsabilidade da SAS, primeiro como programas subordinados à Coordenação de Saúde da Família, que depois se transforma na Coordenação de Atenção Básica, para depois ganhar *status* de Departamento de Atenção Básica (DAB). A criação do DAB ocorre concomitantemente à transferência da responsabilidade sobre essa área para a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) no primeiro semestre de 2000¹⁴⁷.

Essa mudança de estrutura pode ser interpretada, por um lado, como uma fragmentação da atenção básica em relação à coordenação das políticas para a média e alta complexidade – que continuam sobre responsabilidade da SAS – e por outro lado, como uma tentativa de ampliação do enfoque da atenção básica, mediante a aproximação do PSF aos tradicionais programas de saúde coletiva, que passam a se vincular ao novo Departamento de Atenção Básica. Uma terceira possibilidade é que a mudança do *locus* do

assistência médica suplementar, sem que haja experiências similares que possam servir de modelo ou contraponto à nova experiência brasileira.

¹⁴⁷ Decreto nº 3496, de 1º de junho de 2000. O relatório da SAS de 2002 descreve essas mudanças (Brasil, Ministério da Saúde/SAS, 2002)

DAB tenha tido o objetivo de evitar uma excessiva concentração de poder na SAS, e conferir maior impulso e independência à condução do PSF, para assegurar sua rápida expansão.

A condução do processo de descentralização político-administrativa do SUS também é objeto de mudanças na estrutura ministerial no período. De 1997 a 1999 esse processo esteve sob responsabilidade da SPS, inserido em uma estrutura de coordenação. A SPS nesse período também coordena a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sendo a principal responsável na interação do Ministério com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

No primeiro semestre de 2000, o mesmo processo de reestruturação que muda a Atenção Básica para a SPS transfere a responsabilidade principal pela condução da descentralização de uma coordenação da SPS para a SAS, com o *status* de Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Não é por acaso que o debate da descentralização no período de 2000 a 2002 se volta muito para a questão da organização/regionalização da assistência e gera a primeira norma operacional explicitamente orientada para a assistência à saúde, elaborada sob a condução da SAS. A SPS no período é responsável pela descentralização das ações de atenção básica, sendo que até mesmo os processos de habilitação dos municípios percorrem caminhos diferentes dentro do Ministério. Já a incipiente descentralização das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças e de Vigilância Sanitária segue processos separados sob condução da FUNASA e da ANVISA, respectivamente, sendo mais um indicativo da fragmentação na condução da política. A coordenação da CIT no início de 2000 muda da SPS para a Secretaria Executiva.

O caráter fragmentado na condução das políticas nacionais no período, exacerbado pela divisão de responsabilidades entre SAS e SPS, é observado em relação a políticas específicas. A assistência farmacêutica, por exemplo, é objeto de diferentes programas e estratégias, divididos entre essas secretarias e outras áreas do Ministério, tais como: Farmácia Básica, sob responsabilidade da SPS; gestão dos recursos referentes a medicamentos excepcionais, sob responsabilidade da SAS; política de medicamentos genéricos, ligada ao Gabinete do Ministro e depois à ANVISA; entre outras.

Outro fato a ser destacado no período é a criação da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde em 1999, a princípio com o objetivo de captar recursos e coordenar projetos em parceria com organismos internacionais. Essa secretaria nos anos

seguintes passa a conduzir alguns projetos estratégicos para o Ministério, de caráter bastante diversificado¹⁴⁸.

Um último conjunto de mudanças diz respeito a uma expansão das responsabilidades sob comando da Secretaria Executiva, além das atividades tradicionais de gestão orçamentária e administração. Logo no início de 1998, o DATASUS passa da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria Executiva¹⁴⁹. É criado na Secretaria um Departamento de Programas Estratégicos em Saúde, com o objetivo de coordenar a aquisição de insumos estratégicos para a saúde e propor convênios com estados e municípios para a execução descentralizada de projetos especiais. A expansão das atribuições da SE tem relação com o perfil e poder do Secretário Executivo Barjas Negri.

Vale ainda ressaltar a descentralização de hospitais que ocorre em 1999-2000, permanecendo vinculados à SAS um número restrito de hospitais.

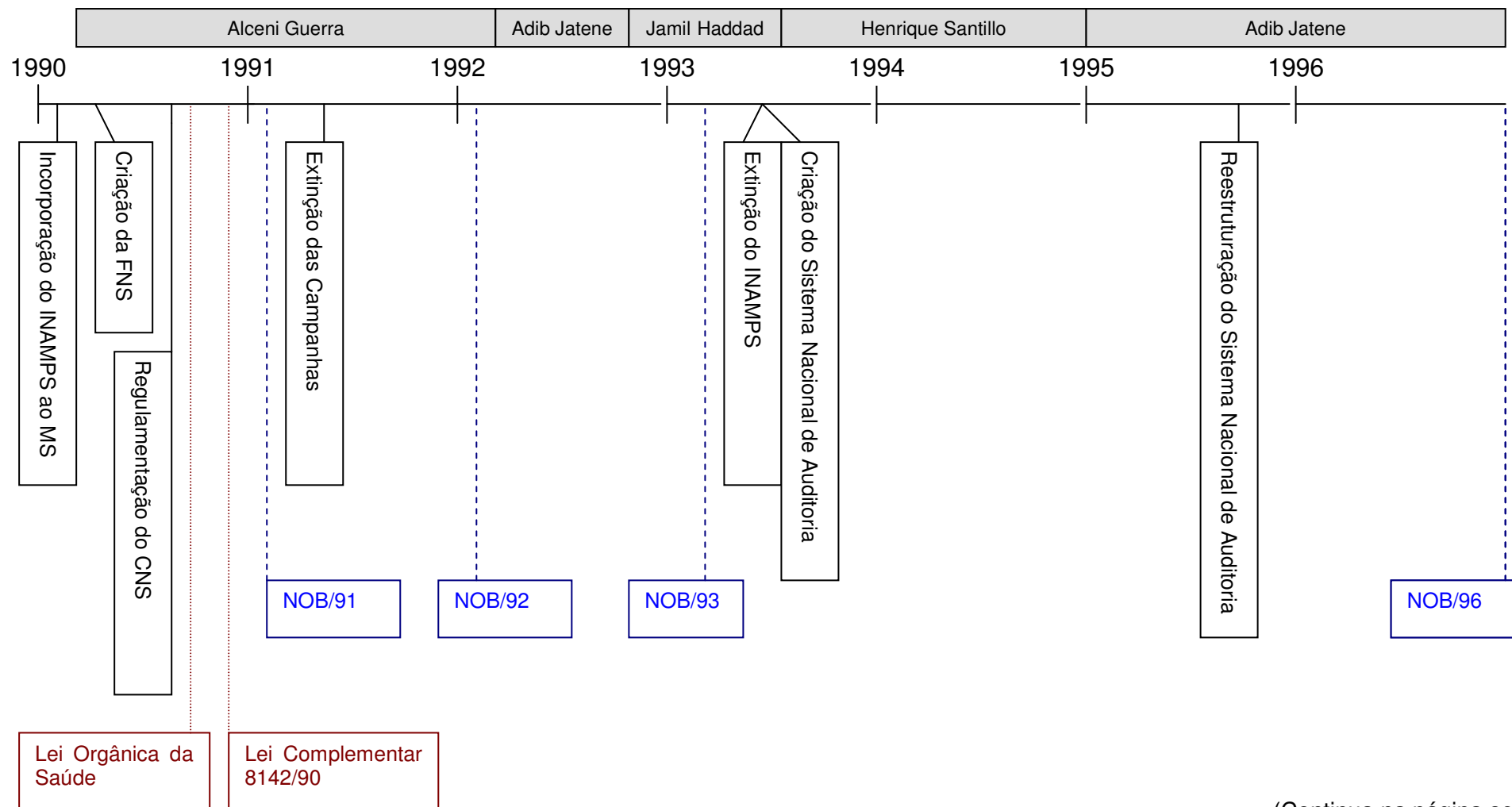
Portanto, entre 1998 e 2002, o Ministério da Saúde passa por transformações importantes em sua estrutura, que refletem uma expansão e diversificação de atividades, associadas à fragmentação na condução das políticas federais tanto pela criação de novas estruturas – como as agências – como pela lógica de divisão de atribuições entre os órgãos e entidades do Ministério. O peso da SAS continua a ser importante dado ao seu objeto de sua atuação, mas é contrabalançado pela incorporação de responsabilidades sobre áreas importantes da atenção por outras secretarias. A fragmentação do período parece ter fortalecido a autoridade do próprio Ministro e do Secretário Executivo na condução de políticas setoriais prioritárias.

No final do período do estudo a estrutura administrativa do Ministério da Saúde é bastante diferente daquela do início da década, como mostra o contraste entre as estruturas de 1991 e 2002 (Anexo 3). O diagrama a seguir ilustra as principais mudanças na estrutura do ministério e situa os momentos de aprovação das Leis da Saúde e das normas operacionais do SUS.

¹⁴⁸ Em entrevista, Geraldo Biasoto, Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde, relata que o leque de atribuições da SGIS tinha relação com o seu perfil e com os projetos que já vinha coordenando como assessor do Ministro antes da criação da nova Secretaria.

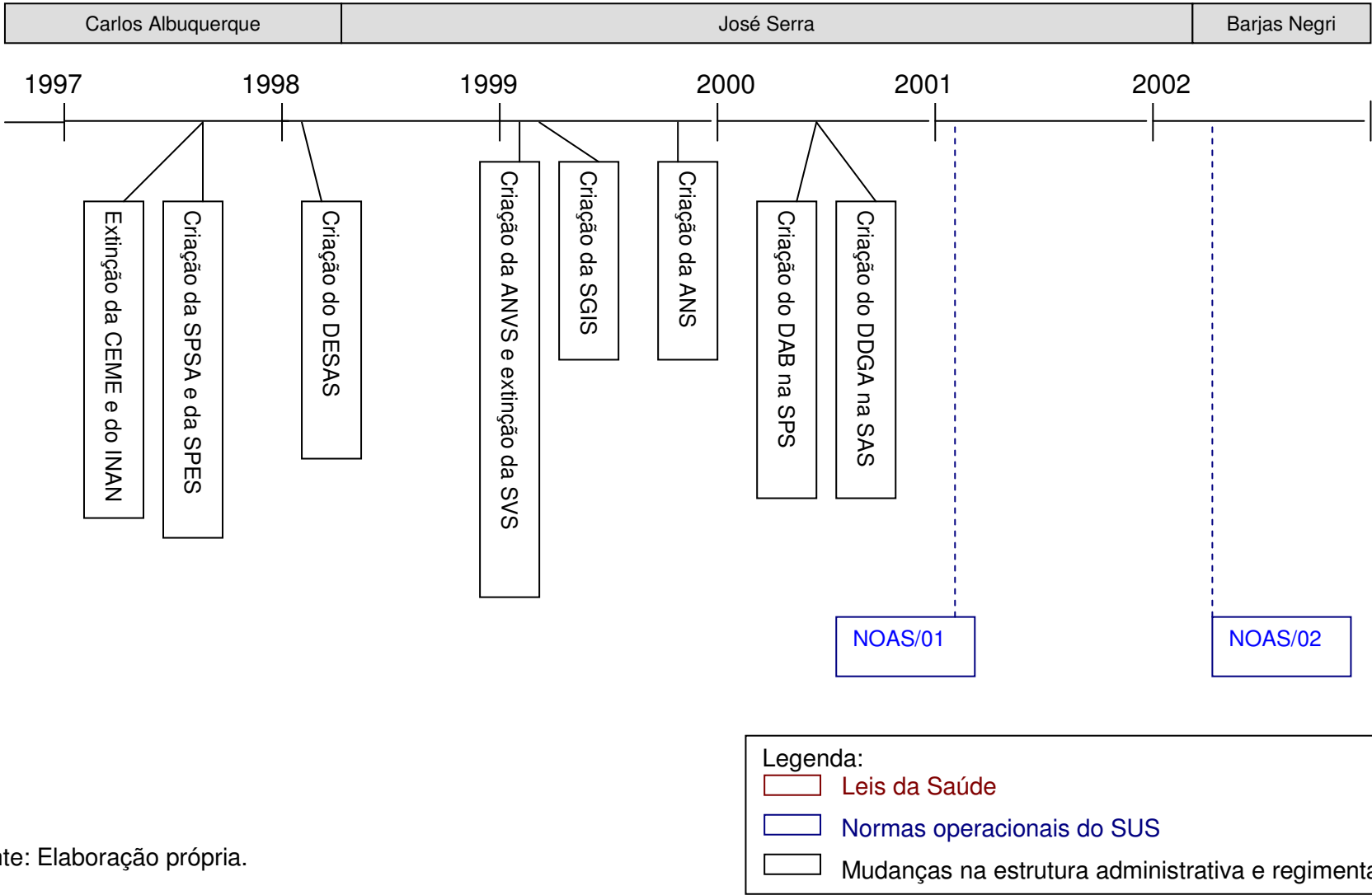
¹⁴⁹ Decreto nº 2477, de 28 de janeiro de 1998.

Figura 3.1 - Principais mudanças nas regras formais para a ação do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002.



(Continua na página seguinte)

Figura 3.1 (Continuação) - Principais mudanças nas regras formais para a ação do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002.



Fonte: Elaboração própria.

Capítulo 4 – O Ministério da Saúde na condução da política nacional de saúde

Este capítulo trata do processo de condução da política nacional de saúde no período de 1990 a 2002. Nos dois primeiros itens são abordadas questões relativas à equipe de direção do Ministério da Saúde, com ênfase no perfil dos ministros e na visão dos dirigentes federais sobre o papel do ministério na política nacional de saúde.

Nos itens subsequentes, é analisada a interação do Ministério com os seguintes grupos de atores que influenciaram os rumos e/ou participaram de forma destacada na condução da política nacional no período do estudo: (a) outras áreas do governo federal; (b) gestores estaduais e municipais de saúde; (c) Conselho Nacional de Saúde.

Notas sobre os dirigentes do Ministério da Saúde

Neste tópico são abordados principalmente os seguintes pontos: (a) a estabilidade dos ministros da saúde no cargo no período 1990 a 2002; (b) o perfil dos ministros da saúde, bem como os fatores que favorecem sua nomeação e possibilidade de manutenção no cargo; (c) a constituição das equipes e o estilo dos dirigentes de condução e articulação entre as várias áreas.

A estabilidade ministerial aferida por indicadores como taxa de renovação dos ministérios e tempo de permanência dos ministros no cargo tem sido valorizada em alguns estudos¹⁵⁰ como um elemento importante para a capacidade dos governos na implementação de políticas públicas, ou em sentido mais amplo, para a capacidade de atuação do Estado na implementação e na continuidade das políticas públicas.

No período de março de 1990 (início do Governo Collor) a dezembro 2002 (final do segundo Governo Fernando Henrique Cardoso), houve oito diferentes gestões no Ministério da Saúde, compreendendo sete ministros efetivos¹⁵¹ e três ministros interinos.

Os três momentos de interinidade na gestão do Ministério da Saúde foram bastante curtos, representando situações de transição que não chegam a configurar uma gestão ministerial diferenciada. Sua maior relevância é como expressão de momentos em que a saída dos ministros efetivos ocorreu em ambiente de crise política, sendo necessária a nomeação de um ministro interino até a designação de novo titular para a pasta.

¹⁵⁰ Ver Naim (1997); Loureiro e Abrucio (1998 e 1999).

¹⁵¹ Adib Jatene foi Ministro da Saúde em duas ocasiões.

O número médio de meses que os Ministros da Saúde permaneceram no cargo no Brasil no período de 1990 a 2002 é de 19 meses, excluídos os interinos¹⁵². Ainda que essa média de permanência pareça baixa, ela é superior à levantada em estudos referentes ao conjunto dos ministros de todas as áreas no período inicial da redemocratização no Brasil - final dos anos 80 e início dos anos 90-, que variou entre 10 e 12 meses, ficando abaixo da média latino-americana no mesmo período, de 14,6 meses¹⁵³. Aponta-se ainda que, em geral, as pastas sociais têm rotatividade maior do que as pastas econômicas, embora existam exemplos de alta rotatividade de Ministros da Fazenda em situações de instabilidade da economia¹⁵⁴.

A intensidade das mudanças dos ministros na área da saúde pode ser melhor analisada se comparada às taxas de renovação do conjunto dos ministérios nos diferentes governos brasileiros no período de 1990 a 2002, apresentadas no Quadro 4.1.

Quadro 4.1- Renovação ministerial em geral e na saúde, segundo os governos. Brasil, 1990-2002.

Governo	Conjunto dos ministérios	Ministério da Saúde	
	Taxa de renovação (a)	Taxa de renovação (b)	Nº médio de meses de permanência dos Ministros
Fernando Collor de Mello	1,77	2	15
Itamar Franco	1,72	2	13,5
Fernando Henrique Cardoso (1º governo)	1,15	3	16
Fernando Henrique Cardoso (2º governo)	Não disponível	2	24
Total	Não disponível	8	19

Fonte: Elaborado pela autora, utilizando os dados apresentados por Loureiro e Abrucio (1998) para o conjunto dos ministérios, e da presente pesquisa no que se refere ao Ministério da Saúde.

Notas:

(a) Taxa de renovação = número total de pessoas que ocuparam cargos de ministros dividido pelo número existente de cargos de ministro em um dado governo. O indicador é utilizado no estudo de Loureiro e Abrucio (1998), que abrange do Governo Sarney ao primeiro Governo FHC.

(b) Taxa de renovação no MS = número total de pessoas que ocuparam o cargo de Ministro da Saúde em cada governo, excetuando-se os interinos. Observe-se que José Serra assume o Ministério da Saúde ainda em 1998, no primeiro governo FHC e permanece durante a maior parte do segundo mandato daquele Presidente. Portanto, houve ao todo quatro ministros da saúde durante todo o período FHC.

A partir das taxas de renovação observadas para o conjunto dos ministérios (apresentados na primeira coluna do quadro acima), Loureiro e Abrucio (1999) procuram identificar os motivos estruturais e conjunturais para a instabilidade ministerial no Brasil

¹⁵² Se os interinos fossem incluídos - o que neste caso não faz sentido pelos motivos já expostos - essa média cairia para 14 meses.

¹⁵³ Naim (1997) apresenta os resultados de um estudo comparativo entre países em desenvolvimento para o período de 1988 a 1993, alertando para a instabilidade ministerial na América Latina, com destaque para o caso brasileiro. Já o trabalho de Amorim Neto (2004) traz dados relativos à instabilidade ministerial no Brasil entre 1987 e 1994.

¹⁵⁴ Um dos exemplos de instabilidade ministerial apresentado por Loureiro e Abrucio (1999) é o fato de o Governo Itamar Franco ter contado com seis ministros da Fazenda.

no período de redemocratização. Entre os estruturais, são apontados: (a) a crise do Estado desenvolvimentista e a dificuldade de se construir uma nova aliança hegemônica no país; (b) a necessidade de o Presidente compor o gabinete com um grande número de partidos; (c) a preferência da classe política brasileira por ocupar cargos no Executivo a fortalecer institucionalmente o Legislativo, gerando uma grande disputa pelos ministérios; e (d) a necessidade de se conjugar vários critérios na indicação dos ministros.

Os autores apontam ainda alguns motivos ligados à conjuntura específica de cada governo. No caso de Collor, a instabilidade ministerial estaria relacionada à estratégia inicial de tentar governar a despeito do Congresso Nacional. Já no Governo Itamar, a instabilidade seria explicada pela relação entre a ampla coalizão inicialmente montada, o perfil do Presidente – que aos poucos procurou remodelar a equipe segundo suas escolhas – e a necessidade de no final do governo readaptar seu ministério à composição em torno da campanha presidencial. Ao final do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, já se observa uma estabilidade ministerial um pouco maior, talvez relacionada a maior estabilidade política e conjugação de vários critérios na composição do gabinete.

A análise dos dados agregados por governo, constantes no Quadro 4.1, sugere que, no que concerne à estabilidade do titular da pasta – aferida pela taxa de renovação e número médio de meses em que o ministro permanece no cargo- o Ministério da Saúde aparentemente não apresenta um comportamento muito discrepante do conjunto dos ministérios. Ainda que a taxa de renovação do Ministério da Saúde tenha se mantido basicamente a mesma nos vários governos, sendo ligeiramente superior a do conjunto dos ministérios, a evolução do número médio de meses de permanência do ministro por governo a princípio sugere uma maior estabilidade ao final do período estudado¹⁵⁵.

No entanto, a análise mais detalhada dos dados, para além das diferenças nas médias entre os governos, revela que a duração das gestões ministeriais variou bastante no período, de oito meses (primeira gestão de Adib Jatene, no final do Governo Collor) a 47 meses (gestão de José Serra, no Governo Fernando Henrique Cardoso). O Quadro 4.2 mostra oscilações no tempo de permanência dos ministros no cargo, não sendo possível identificar uma tendência linear de aumento ou redução da estabilidade ministerial ao longo do período 1990-2002, ou mesmo dentro de cada governo.

¹⁵⁵ Deve-se ainda considerar que os governos do Presidente Collor e do Presidente Itamar tiveram duração mais curta do que um mandato, devido ao *impeachment* de Collor, que levou à sua substituição pelo então vice-presidente Itamar, o que interfere no tempo de permanência dos ministros.

Quadro 4.2- Gestões ministeriais na Saúde no período de 1990 a 2002.

Governo	Período	Ministro da Saúde	Duração da gestão no MS (em meses)
Fernando Collor de Mello	03/1990-01/1992	Alceni Angelo Guerra	22
	01/1992-02/1992	José Goldemberg (Interino)	18 dias
	02/1992-10/1992	Adib Domingos Jatene	8
Itamar Franco	10/1992-08/1993	Jamil Haddad	10
	08/1993-08/1993	Saulo Pinto Moreira (Interino)	10 dias
	08/1993-01/1995	Henrique Antonio Santillo	17
Fernando Henrique Cardoso (1º governo)	01/1995-11/1996	Adib Domingos Jatene	23
	11/1996-12/1996	José Carlos Seixas (Interino)	37 dias
	12/1996-03/1998	Carlos César de Albuquerque	16
	03/1998-02/2002	José Serra	47
Fernando Henrique Cardoso (2º governo)	02/2002-12/2002	Barjas Negri	10

Fonte: Elaboração própria.

O tempo de permanência dos Ministros da Saúde tem relação com questões estruturais e conjunturais anteriormente apontadas para o conjunto dos ministérios, mas também pode ser influenciado pelo perfil das pessoas que ocupam o cargo, pela trajetória da política de saúde e por acontecimentos referentes a cada gestão ministerial.

O Quadro 4.3 apresenta uma breve caracterização das pessoas que ocuparam o cargo de Ministro da Saúde no período de 1990 a 2002, considerando alguns dados de perfil e a trajetória político-profissional anterior e posterior ao exercício do cargo.

Quadro 4.3- Caracterização do perfil e da trajetória dos Ministros da Saúde do período de 1990 a 2002.

Ministro	UF de origem	Formação	Filiação partidária	Trajetória prévia ao cargo de MS			Trajetória posterior ao cargo de MS		
				Mandato Legislativo	Mandato executivo	Cargo executivo por nomeação	Mandato legislativo	Mandato executivo	Cargo executivo por nomeação
Alceni Guerra	PR (natural do RS)	Médico pediatra	PFL	Deputado federal (Constituinte)	---	Superintendente do INAMPS (PR)	---	Prefeito de Pato Branco (PR)	Chefe da Casa Civil do Governo do Estado (PR)
Adib Jatene*	SP (natural do AC)	Médico cirurgião cardíaco	---	---	---	-Secretário estadual de Saúde SP -Diretor do INCOR-SP	---	---	---
Jamil Haddad	RJ	Médico ortopedista	PSB	-Dep. estadual (Guanabara) - Senador (Constituinte) -Deputado federal	Prefeito do Rio de Janeiro (nomeado)	---	---	---	Diretor de hospital federal (INCA-RJ)
Henrique Santillo	GO (natural de SP)	Médico pediatra	PMDB	-Vereador (Anápolis) - Deputado estadual (GO) - Senador	-Prefeito de Anápolis (GO) -Governador de GO	---	---	---	---
Adib Jatene*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Carlos Albuquerque	RS	Médico cardiologista	PSDB	---	---	Diretor de hospital universitário (HCPA-RS)	---	Prefeito de Barra do Ribeiro (RS)	Assessor - secretaria estadual de Saúde do RS
José Serra	SP	Economista	PSDB	- Dep. federal (Constituinte) - Senador	---	-Secretário Estadual de Planejamento SP -Ministro do Planejamento	---	Prefeito de São Paulo (SP)	---
Barjas Negri	SP	Economista	PSDB	Vereador em Piracicaba (SP)	---	- Secretário de Educação e de Planejamento em Piracicaba (SP) - Secretário Executivo do FNDES/ Ministério da Educação	---	Prefeito de Piracicaba (SP)	Secretário estadual de habitação de SP

Fonte: Elaboração própria.

*Nota: O nome de Adib Jatene é repetido para registro de sua segunda gestão como ministro, no Governo Fernando Henrique Cardoso.

Observa-se que, quanto à formação, cinco dos sete ministros do período de estudo são médicos, e os dois últimos são economistas, o que imprime características peculiares à gestão do Ministério da Saúde ao final dos anos 90.

Em relação à unidade da federação (UF) de origem¹⁵⁶, dos sete ministros da saúde do período, quatro são provenientes de estados da região Sudeste (sendo três do estado de São Paulo e um do Rio), dois da região Sul, e apenas um da região Centro-Oeste (de Goiás), ainda assim, natural do estado de SP. Além de ter contado com o maior número de ministros, o estado de São Paulo esteve representado no Ministério da Saúde durante 88 meses, mais da metade do período do estudo¹⁵⁷. Considerando somente os dois governos FHC, o cargo de Ministro da Saúde esteve ocupado por um “paulista” durante 80 meses, mais de 80% do período de governo. Esse dado de certa forma vai ao encontro da análise de Amorim Neto (2004) sobre a representação regional dos ministérios, que aponta uma tendência dos Presidentes sobre-representarem seus estados de origem na composição do ministério – em relação à composição da Câmara – e destaca em particular o grande peso de São Paulo durante o governo FHC.

Outro dado importante diz respeito à situação dos ministros em termos de filiação partidária no momento em que assumem o cargo. Dos sete ministros, apenas um – Adib Jatene – não era filiado a partido político no momento da nomeação. Os outros seis eram filiados a partidos variados, sendo quatro do mesmo partido do respectivo Presidente da República (Henrique Santillo, do PMDB; Carlos Albuquerque, José Serra e Barjas Negri, do PSDB), um de partido da coalizão governista (Alceni Guerra, do PFL) e um de partido de esquerda que integrou a ampla coalizão em torno de Itamar Franco quando este assumiu a Presidência após o impeachment de Collor (Jamil Haddad, do PSB).

A nomeação de ministros sem partido é apontada no trabalho de Amorim Neto (2004) como uma estratégia dos presidentes para incorporar ao ministério pessoas com perfil técnico-profissional, capazes de trazer contribuições substantivas para a área em questão. Esse tipo de escolha apresenta certa expansão no período do estudo para o conjunto dos ministérios. No caso da saúde, o único ministro sem partido do período apresentava trajetória e reconhecimento técnico na área como cirurgião, pesquisador de

¹⁵⁶ Considera-se como UF de origem aquela em que a pessoa consolida sua trajetória política e/ou profissional, e não a de nascimento. Por exemplo, Adib Jatene, apesar de natural do Acre, desenvolve sua carreira em São Paulo; Alceni Guerra, natural do Rio Grande do Sul, constrói sua carreira no Paraná.

¹⁵⁷ Se considerarmos também nesse cálculo o ministro Santillo, cuja UF de origem foi considerada Goiás por sua trajetória política naquele estado, mas que é natural do estado de São Paulo, o número de meses em que a

biotecnologia na área de cirurgia cardíaca, ex-diretor do Instituto do Coração (INCOR-SP) e ex-secretário estadual de saúde de São Paulo, além de ampla projeção pública nacional¹⁵⁸.

Cinco entre os seis ministros filiados a partidos políticos apresentavam passagem pelo Legislativo prévia à assunção do cargo no Ministro da Saúde, sendo quatro no âmbito nacional, como deputados federais e/ou senadores. Destes, três participaram da Assembléia Nacional Constituinte em 1987/88. Já o exercício de mandatos executivos - de Prefeito e Governador - é identificado na trajetória prévia dos ministros da saúde em somente dois casos, sendo mais freqüente na trajetória posterior à saída do ministério: quatro ministros da saúde vieram a se tornar posteriormente prefeitos de suas cidades de origem. Portanto, seis dos sete ministros da saúde assumiram em algum momento de sua trajetória mandatos de Prefeito Municipal. É interessante ainda observar que os mandatos legislativos, apesar de comuns previamente ao exercício do cargo de ministro, não foram registrados após a passagem pelo cargo de Ministro da Saúde. O único ministro com filiação partidária no momento da nomeação, porém sem trajetória legislativa prévia, é Carlos Albuquerque, cuja trajetória profissional até então era eminentemente técnica, destacando-se sua atuação como diretor de hospital universitário¹⁵⁹. A filiação de Albuquerque ao PSDB ocorre poucos meses antes de sua nomeação como Ministro da Saúde. Posteriormente, ele se torna prefeito de sua cidade natal.

Mesmo entre os cinco ministros que já apresentavam trajetória político partidária com passagem pelo Legislativo, três já tinham experiência em altos cargos executivos na gestão pública, sendo um na área da saúde (Alceni Guerra, como Superintendente do INAMPS do Paraná) e dois em outras áreas (José Serra e Barjas Negri, ambos em São Paulo e em ministérios no âmbito nacional, respectivamente, nas áreas de Planejamento e de Educação).

De certa forma, essas informações corroboram estudos sobre o padrão predominante de carreira política no Brasil e as relações entre política e técnica na Administração Pública. Em relação ao primeiro aspecto, alguns autores apontam que no país a passagem por cargos legislativos em geral é relativamente breve e os políticos

pasta de ministro da Saúde esteve ocupada por um "paulista" no período subiria para 105, mais de 2/3 do período do estudo.

¹⁵⁸ Cabe apontar na trajetória posterior ao exercício do cargo de ministro a atuação de Adib Jatene como diretor de um hospital filantrópico especializado em cardiologia e cirurgia cardiovascular, o Hospital do Coração, em SP.

preferem seguir suas carreiras no Executivo nacional, estadual ou municipal¹⁶⁰. Em face da relativa escassez e acirrada disputa por cargos no Executivo nacional, muitos políticos investem em carreiras no Executivo subnacional. Nesse contexto, a ocupação de um cargo de Ministro representa uma oportunidade rara e valorizada que dificilmente é recusada.

Outro aspecto importante, já mencionado, é que no Brasil em geral os presidentes precisam combinar diversos critérios na composição do ministério e na seleção de cada ministro para garantir a sua governabilidade. Assim, ainda que a escolha dos Ministros seja prerrogativa do Presidente, este procura contrabalançar suas preferências com pressões de grupos políticos, destacando-se os partidos e o Congresso Nacional.

Nesse sentido, o estudo de Loureiro e Abrucio (1998) sobre as relações entre política e burocracia no provimento de cargos de alto escalão na Administração Federal procura identificar o peso de vários critérios¹⁶¹ na nomeação de ministros após a redemocratização, dos Governos Sarney ao primeiro governo FHC, de forma comparativa entre governos e entre áreas de governo. A comparação entre áreas de governo mostra que a probabilidade dos critérios técnicos ou de carreira terem peso expressivo é maior para os ministérios militares, seguidos pelo Itamaraty e depois por ministérios da área econômica, em que outros critérios já ganham importância. Nos ministérios da área de infra-estrutura e da área social predomina a combinação de critérios partidários e federativos, embora outros critérios também estejam presentes. Na área da saúde, em particular, não se observam características homogêneas ao longo dos governos analisados, como ocorre em outras áreas. Para os autores, o perfil da área da saúde se mostra semelhante ao perfil geral de cada governo: no de Collor, prevalece o critério de imagem; no de Itamar, o pessoal; no primeiro governo de FHC, o critério técnico.

No presente estudo, como um elemento adicional para a compreensão das perspectivas de atuação dos Ministros da Saúde de 1990 a 2002 - em termos de

¹⁵⁹ Carlos Albuquerque dirigiu por 12 anos o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, o maior hospital universitário do Rio Grande do Sul.

¹⁶⁰ Ver, por exemplo, Samuels (2003), Amorim Neto (2004) e Loureiro e Abrucio (1999).

¹⁶¹ Os critérios utilizados no estudo são: (a) *partidário* – escolha por indicação de um partido político a partir da composição governista ou orientada pela capacidade de articulação no Congresso da pessoa escolhida; (b) *federativo* - nomeação que considera o peso político do estado ou região de origem do escolhido dentro da Federação; (c) *técnico* – quando a qualificação técnica do nomeado prepondera ou pesa muito na escolha; (d) *imagem* – nomeação de pessoas conhecidas do grande público com o objetivo de trazer uma imagem positiva ao governo; (e) *pessoal* – escolhas efetuadas dentro do círculo de relações pessoais e/ou de confiança do Presidente da República; (f) *grupos de interesse* - nomeações patrocinadas por grupos de interesse da esfera pública ou privada. Observe-se que os autores não denominam nenhum critério de “político”, porque assumem que a política perpassa todos os critérios. Mesmo os critérios técnicos podem ser considerados “técnico-políticos”, visto que não há neutralidade na técnica.

estabilidade no cargo, possibilidade de implementação de propostas e inserção no governo federal – procurou-se a partir da pesquisa de campo, identificar para cada Ministro os pesos dos critérios propostos por Loureiro e Abrucio (1998), classificando-os em peso alto (A), médio (M) ou baixo (B)¹⁶². O resultado pode ser visto no Quadro 5.4.

Quadro 4.4 – Peso dos critérios que influenciam a seleção de Ministros de Estado de Saúde no período de 1990 a 2002.

Ministro	Peso dos critérios					Nº meses no cargo
	Partidário	Federativo	Técnico	Imagem	Pessoal	
Alceni Guerra	A	M	M	B	B	22
Adib Jatene	B	M	A	A	B	8
Jamil Haddad	A	B	M	B	A	10
Henrique Santillo	A	M	M	B	M	17
Adib Jatene	B	M	A	A	B	23
Carlos Albuquerque	B	B	A	B	B	16
José Serra	A	A	M	B	B	47
Barjas Negri	M	M	A	B	A	10

Fonte: Elaborado pela autora, a partir das entrevistas e outras fontes de pesquisa, utilizando os critérios propostos por Loureiro e Abrucio (1998).

Nota: A= alto; M= médio; B= baixo.

Uma breve explanação sobre os critérios preponderantes na escolha de cada ministro é ilustrativa. Alceni Guerra, deputado federal pelo PFL, é um importante articulador da campanha de Collor no estado do Paraná – onde o presidente teve votação expressiva – e se vê como um ministro político, que tinha o papel de fazer a articulação do presidente com o Congresso¹⁶³, embora também apresentasse uma trajetória na gestão pública de saúde em seu estado, tendo ocupado cargos no INAMPS. Já a escolha de Adib Jatene por Collor parece ter sido decorrente de sua grande projeção como cirurgião cardíaco e imagem pública positiva¹⁶⁴, fatores que também influenciam o seu convite no início do governo FHC¹⁶⁵.

¹⁶² Ressalte-se que a pesquisa de Loureiro e Abrucio (1998) envolve entrevistas e fontes documentais e a metodologia adotada compreende ainda a atribuição de pontos para classificação dos pesos dos critérios, de forma a permitir a mensuração desses pesos e a comparação entre um grande número de ministérios e ao longo dos diversos governos analisados. Como o presente trabalho diz respeito apenas ao Ministério da Saúde, ao invés da quantificação de pesos dos critérios, opta-se somente pela sua classificação em alto, médio e baixo. Nesta pesquisa também não se considera o critério de grupos de interesse.

¹⁶³ Esse ponto foi destacado pelo próprio Alceni Guerra, em entrevista à pesquisadora no dia 16/07/04.

¹⁶⁴ Em entrevista à pesquisadora em 24 de agosto de 2004, Adib Jatene afirmou que, ao ser convidado por Collor, havia manifestado ao presidente já ter escrito três artigos críticos ao seu governo. Para Jatene o seu nome teria sido escolhido em um esforço de resgatar a credibilidade do Ministério da Saúde, em um contexto de denúncias e acusações contra o Governo Collor. Essa visão é coerente com de outras entrevistas e com informações do estudo de Loureiro e Abrucio (1998).

¹⁶⁵ Ainda segundo entrevista com Adib Jatene, em sua conversa inicial com Fernando Henrique, o presidente teria ficado bem impressionado com o relato do trabalho iniciado em sua primeira gestão de controle e avaliação das internações hospitalares, com vistas à redução das fraudes e planejamento mais adequado.

No Governo Itamar, para a nomeação de Jamil Haddad como primeiro ministro da Saúde pesam principalmente a sua vinculação ao PSB e a amizade pessoal com o Presidente¹⁶⁶. Henrique Santillo, quando assume o cargo de ministro, já era uma figura política de grande expressão no PMDB de Goiás, companheiro de partido do presidente Itamar.

No Governo FHC, a escolha de Albuquerque como ministro após a conflituosa saída de Jatene parece ter relação com seu perfil técnico no âmbito da gestão hospitalar - o que lhe conferia certa similaridade com seu antecessor - porém com maior sintonia de discurso em prol da gestão, menor projeção nacional e peso político¹⁶⁷. A nomeação de José Serra, por sua vez, tem relação com o seu grande peso político no PSDB nacional, com o fato de já ter ocupado o cargo de Ministro do Planejamento no mesmo governo e com a cogitação de seu nome para a disputa presidencial nas eleições de 2002. Já Barjas Negri assume o cargo de Ministro da Saúde após ter sido Secretário Executivo no Ministério da Saúde por cinco anos. Ainda que sem experiência técnica na área da saúde, o peso de sua trajetória na gestão pública em uma linha sintonizada com o governo em curso, assim como a boa relação pessoal com o Presidente, foram elementos importantes na sua escolha como Secretário Executivo ainda em 1997¹⁶⁸. A ocupação do cargo de Ministro no final do Governo FHC, em substituição a José Serra - que se afastou para disputar a Presidência - é uma decorrência da posição que vinha ocupando no Ministério da Saúde, em uma perspectiva de dar continuidade à política em curso até o final do governo.

As informações obtidas nesta pesquisa sugerem que o critério partidário realmente parece ter uma grande importância na escolha dos ministros da Saúde, mas que, geralmente este aparece acoplado a outros critérios, seja o federativo, o técnico ou o pessoal. Nesse sentido, duas ponderações devem ser feitas. A primeira é que a existência de filiação

¹⁶⁶ A questão da amizade com Itamar Franco, desde a época do Senado, foi destacada por Jamil Haddad em entrevista à pesquisadora, como um dos motivos que teria favorecido o seu convite.

¹⁶⁷ Um dos entrevistados relatou que o nome de Carlos Albuquerque para a pasta da Saúde teria sido sugerido ao presidente Fernando Henrique Cardoso pelo então ministro da Educação, Paulo Renato de Souza. Além da origem comum (ambos são do RS), a informação parece plausível, visto que Albuquerque, como diretor do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, já ocupara várias posições relativas à representação dos hospitais universitários no plano nacional, que interagem tanto com o ministério da Educação quanto com o da Saúde, tendo sido inclusive representante no Conselho Nacional de Saúde entre 1995 e 1996. Segundo a mesma fonte, Carlos Albuquerque teria se filiado ao PSDB quando soube da possibilidade do convite, antes da primeira conversa com o presidente Fernando Henrique.

¹⁶⁸ O próprio Barjas Negri em entrevista relata que foi escolhido pelo Presidente para ocupar o cargo de Secretário Executivo do Ministério da Saúde em função do trabalho que vinha desenvolvendo no âmbito do financiamento e descentralização no Ministério da Educação. Outros entrevistados apontam Barjas Negri como uma pessoa de confiança do Presidente da República e identificam sua ida para o Ministério da Saúde em 1997 como um marco para a gestão da saúde, no sentido de acoplá-la ao projeto de governo federal.

partidária não significa que esse tenha sido o fator preponderante para a nomeação do ministro, visto que mesmo os ministros filiados apresentam trajetória política e projeção político-partidária muito diferentes. Como exemplo, pode-se comparar a situação dos ministros Albuquerque, Serra e Barjas, todos filiados ao PSDB, partido do Presidente. Como já foi mencionado, o primeiro parece ter sido selecionado principalmente em função de sua trajetória técnica na gestão e baixa possibilidade de tensionamento do projeto de governo em curso. No caso de Serra, os interesses político-partidários têm peso decisivo. Já a nomeação de Barjas Negri, apesar de positivamente influenciada por sua inserção no PSDB paulista, decorre principalmente da sua trajetória no governo em curso e da relação de confiança com o Presidente e com a equipe econômica.

Outra ponderação é que mesmo o fato desse critério ter alto peso no momento da escolha do Ministro *per se* não garante uma longa permanência no cargo, nem a força para a implementação de projetos na saúde, que parece ser mais influenciada por outros elementos da conjuntura política em questão. No caso de Jamil Haddad, por exemplo, pertencer a um partido que integra a ampla coalizão de apoio a Itamar Franco parece ter sido um critério importante tanto na sua escolha quanto na sua saída do ministério, visto que o esmorecimento das relações entre o partido do ministro e as forças hegemônicas no governo fez com que este deixasse o cargo em apenas dez meses, apesar de sua relação de amizade com o Presidente. Ademais, apesar de sua capacidade de articulação interna ao setor saúde, a gestão de Haddad foi prejudicada por decisões de outras áreas de governo, principalmente no âmbito do financiamento, que impuseram dificuldades às políticas de saúde. Já no caso de Serra, um dos nomes mais influentes do PSDB nacional, cogitado para a disputa presidencial por seu partido, a forte expressão política, além de decisiva para a sua nomeação, influencia a sua estabilidade no cargo e imprime características peculiares à sua gestão no Ministério da Saúde.

Cabe ainda destacar que, na escolha de todos ministros do período, o critério técnico sempre está presente com peso médio ou alto, embora a natureza da trajetória profissional seja diferente entre eles.

Em síntese, o cargo de Ministro da Saúde tem caráter político e, portanto, variáveis políticas de diversas ordens perpassam a seleção e a possibilidade de permanência dos ministros no cargo. Os ocupantes do cargo no período do estudo apresentam trajetórias variadas que, em geral, combinam atributos políticos e técnicos. O critério partidário é importante, mas não o único, na nomeação dos ministros, e *per se* não é suficiente para a estabilidade no cargo. No período do estudo, a longa permanência de José Serra no

ministério tem relação com o seu expressivo peso político-partidário no governo em questão, com a maior estabilidade da conjuntura política e com a habilidade em enfrentar tensões, ora internas ao setor saúde, ora com outras áreas do governo federal, com vistas à implementação de propostas ou projetos prioritários de visibilidade, configurando o que Baptista (2003) denomina de “*a saúde como vitrine da política*”.

Por outro lado, ainda que o perfil e a estabilidade do Ministro da Saúde tenham importância como indicativos da sua capacidade de implantação de seu(s) projeto(s), esses fatores pouco dizem sobre a direcionalidade da política de saúde, ou sobre as perspectivas de continuidade das políticas em curso além de cada gestão ministerial.

Para uma progressiva aproximação dessas questões, é necessário avançar um pouco mais na compreensão de outras variáveis internas que influenciam a atuação do Ministério da Saúde, como a composição da equipe dirigente, a distribuição interna de poder e a articulação entre áreas do ministério.

Nesse sentido, é interessante mapear inicialmente algumas características gerais dos cargos de primeiro escalão no período. Uma primeira observação é que alguns cargos existem em todo o período do estudo – como o de Secretário de Assistência à Saúde e de Secretário Executivo –, enquanto outros existem apenas em parte desse período, devido às reformulações administrativas, com a criação de algumas estruturas e extinção de outras.

Outro ponto a ser ressaltado é que nem todos os postos de primeiro escalão têm o mesmo peso político. Em geral, as secretarias com maior poder são a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e a Secretaria Executiva (SE). A SAS é responsável pelo comando de toda a política de assistência, que influencia de forma decisiva a conformação do sistema de saúde e mobiliza grande volume de recursos. Já a importância da Secretaria Executiva reside no fato desta gerenciar a máquina e o orçamento do Ministério da Saúde, algumas vezes cabendo ao secretário um papel decisivo nas negociações financeiras externas ao ministério e nas decisões internas de alocação orçamentária.

Isso não quer dizer que esse poder tenha sido homogêneo ao longo do período, podendo variar em função de particularidades dos governos, das gestões ministeriais e dos ocupantes dos cargos. Exemplificando, no governo Collor a Secretaria Executiva não existia como uma estrutura no organograma, apesar de existir o cargo de Secretário Executivo, com um poder amplo sobre questões administrativas e orçamentárias conferido

por decreto presidencial que regulamenta a estrutura regimental de todos os ministérios civis¹⁶⁹.

Há ainda certo consenso acerca de um expressivo fortalecimento da Secretaria Executiva no Governo Fernando Henrique, quando Barjas Negri assume o cargo em 1997, ainda na gestão ministerial de Carlos Albuquerque e permanece durante toda a gestão Serra até se tornar Ministro da Saúde em 2002. A destacada atuação de Barjas Negri no período é consoante com a estratégia adotada no Governo Fernando Henrique Cardoso de nomeação de secretários executivos de sua confiança, como contrapeso ao poder dos Ministros¹⁷⁰. Essa escolha também expressa a tentativa de imprimir ao Ministério da Saúde um estilo de gestão coerente com as proposições do governo, de descentralização de políticas com maior racionalidade e eficiência nos gastos, dentro das possibilidades orçamentárias existentes.

Já a Secretaria de Assistência à Saúde teve um momento de redução de atribuições e relativo enfraquecimento no período 1997-1998, influenciado entre outros fatores pela criação da Secretaria de Políticas de Saúde e Avaliação, que assume áreas até então sob responsabilidade da SAS¹⁷¹, ampliando os riscos de disputas e fragmentação na condução da política de atenção à saúde nos anos subsequentes. Apesar disso, a partir de 1998 a SAS volta a ampliar suas atividades e exerce no período 1998-2002 um protagonismo importante na condução da política nacional de saúde.

Outras secretarias e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde são responsáveis por campos de atuação específicos, estando as relações de poder mediadas pela trajetória técnico-política dos dirigentes, conhecimento e experiência nessas áreas. A Fundação Nacional de Saúde é responsável nos anos 90 por atividades bastante importantes e tradicionais da saúde pública, como o controle das endemias e a vigilância epidemiológica, além da saúde indígena e de ações de saneamento¹⁷². A atuação da FUNASA se dá com

¹⁶⁹ Decreto nº 99.244, de 10 de maio de 1991, já discutido no Capítulo 4.

¹⁷⁰ Sobre a questão da atuação dos secretários executivos no Governo Fernando Henrique Cardoso, ver o trabalho de Loureiro e Abrucio (1999). Os autores apontam que o Presidente procurou, em vários ministérios, colocar nesses postos pessoas de sua confiança, de forma a contrabalançar o poder de Ministros que não eram de sua escolha pessoal, ou que tinham força política própria. Sugere-se ainda que alguns desses secretários executivos teriam procurado atuar de forma sintonizada ao projeto de governo e à equipe econômica.

¹⁷¹ Segundo entrevista com Antônio Werneck, então secretário de Assistência à Saúde, a criação da SPS teria sido uma das estratégias propositalmente adotadas, com o seu apoio, para a destruição do espírito inampiano que ainda dominava a SAS. A essa iniciativa se somaram outras estratégias de redução do tamanho e das atribuições centralizadas da SAS e do MS, como a extinção de órgãos associada à descentralização.

¹⁷² Em relação à política de saneamento, é importante assinalar a dispersão e fragmentação de ações em vários ministérios. Abrucio (2004) aponta que no Governo FHC sete diferentes ministérios chegaram a conduzir ações nessa área.

um relativo isolamento das demais áreas, e as políticas seguem cursos e ritmos diferenciados, como por exemplo, das políticas conduzidas pela SAS.

A Secretaria de Vigilância Sanitária na maior parte da década não representa uma área de grande poder dentro do MS, já que atua de forma mais isolada das demais e passa por sérios problemas de gestão, aumentando sua projeção principalmente a partir de 1999, após a criação da ANVISA.

Feitos esses comentários gerais, um segundo grupo de observações diz respeito à dinâmica de ocupação e rotatividade dos principais cargos de primeiro escalão¹⁷³. No período de 1990 a 2002, os titulares dos cargos de Secretário de Assistência à Saúde foram os que em geral mais acompanharam o Ministro da Saúde, ou seja, que mudaram junto com a troca de ministro¹⁷⁴. Nas entrevistas realizadas, foi comum o relato de que os secretários de Assistência à Saúde do período são escolhidos pelo próprio ministro, ou se tornam bastante próximos ao ministro. Isso sugere que a Secretaria de Assistência à Saúde talvez seja um *locus* privilegiado de expressão das características de cada gestão ministerial.

Em relação à Secretaria Executiva, a mudança de secretário em geral também ocorre junto a do ministro. Entretanto, como já foi mencionado, houve situações de nomeação de secretários executivos decorrentes de escolhas diretas do núcleo próximo à presidência, com pouca interferência do ministro. Ressalte-se o caso de Barjas Negri como ilustrativo de uma relativa autonomia em relação ao titular da pasta, visto que este permanece como secretário executivo durante mais de cinco anos, abrangendo duas gestões ministeriais – de Albuquerque e Serra – e se tornando ministro por dez meses no final do Governo FHC.

No caso da FUNASA, há no período estudado algumas situações de troca de Presidente em uma mesma gestão ministerial, como nas gestões de Henrique Santillo e de Carlos Albuquerque.

Já na Secretaria de Vigilância Sanitária observa-se uma rotatividade bem maior dos dirigentes, sendo que somente na primeira metade da década houve nove secretários, alguns permanecendo apenas dois ou três meses. Tal rotatividade sugere problemas sérios

¹⁷³ No Anexo 5, é apresentado um quadro com os nomes dos dirigentes de primeiro escalão do Ministério da Saúde no período 1990-2002, bem como os períodos de atuação (quando não coincidem com a mudança de gestão ministerial). Não foi possível traçar um perfil mais detalhado de cada um desses dirigentes, nem mapear os critérios que influenciaram sua nomeação.

¹⁷⁴ A não ser por períodos relativamente curtos de transição, ou em situações de grande continuidade, como entre as gestões José Serra e Barjas Negri.

nesse campo, com óbvia dificuldade na implantação e continuidade de políticas. Vale ainda comentar que há áreas em que o titular de cargo não necessariamente acompanha a mudança de ministro, como é o caso da FIOCRUZ¹⁷⁵.

Quanto ao perfil e trajetória dos dirigentes de primeiro escalão, ainda que não tenha sido possível traçar um diagnóstico detalhado, cabem algumas observações gerais, aplicáveis ao conjunto do período: (a) este ainda é um nível em que há necessidade de compatibilizar vários tipos de critérios para a nomeação dos titulares dos cargos, visto que estes são postos de peso político. Entretanto, diminui um pouco o peso dos critérios partidários e aumenta o peso da trajetória técnico-política, como era de se esperar; (b) há um peso expressivo de dirigentes provenientes do estado de São Paulo; (c) os dirigentes de primeiro escalão em geral são do sexo masculino; as poucas mulheres que ocuparam esses cargos foram dirigentes da FUNASA e da secretaria de Vigilância Sanitária; (d) a formação mais comum para os titulares desses cargos é a de médico.

Por outro lado, cabe destacar alguns traços peculiares da composição da equipe dirigente nas diferentes gestões. Nas gestões Haddad e Santillo, a ocupação de postos importantes por representantes do movimento municipalista na saúde, fruto de uma composição com o CONASEMS¹⁷⁶. Nas gestões de Adib Jatene, o peso dos representantes do estado de São Paulo, com história de vinculação à Universidade de São Paulo e à Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, bem como a presença de representantes da tecnoburocracia do INAMPS¹⁷⁷. Na gestão Serra, a importância dos economistas, que chegam a ocupar três cargos no primeiro escalão, todos do estado de São Paulo, filiados ao PSDB e com vinculação à Universidade de Campinas¹⁷⁸.

No que tange à articulação entre as diferentes áreas do Ministério da Saúde na condução da política, ao longo do período do estudo prevalece a dificuldade de integração, com expressiva fragmentação na formulação e implementação de políticas. Uma das expressões disso é que as várias secretarias e departamentos do Ministério muitas vezes se

¹⁷⁵ A FIOCRUZ, entidade vinculada ao MS, conta com eleições internas para a sua Presidência, escolhida pelo Ministro após apresentação de lista tríplice, em moldes similares às universidades.

¹⁷⁶ Com destaque para Gilson Carvalho, que havia sido do COSEMS-SP, depois da diretoria do CONASEMS, assume as rédeas da municipalização como Diretor do Departamento do SUS na gestão Haddad e em seguida como Secretário de Assistência à Saúde na gestão Santillo.

¹⁷⁷ No primeiro perfil, enquadram-se o próprio ministro, o secretário Executivo José Carlos Seixas e o Secretário de Assistência à Saúde da primeira gestão Jatene, José da Silva Guedes. Na segunda gestão Jatene, o cargo de Secretário de Assistência à Saúde é ocupado por Eduardo Levcovitz, que havia integrado a equipe de Hésio Cordeiro no INAMPS.

¹⁷⁸ De 1999 a 2002 há três economistas no primeiro escalão com esse perfil: o próprio Ministro Serra, o então Secretário Executivo Barjas Negri e o Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde, Geraldo Biasoto.

relacionam diretamente com as áreas correspondentes das secretarias estaduais e municipais de saúde, com baixa coordenação das atividades.

Algumas razões freqüentemente apontadas para essa desarticulação são: a trajetória prévia da política de saúde, que já era dividida entre diferentes ministérios e órgãos antes da criação do SUS; a fragmentação da estrutura do Ministério, incluindo a existência de entidades vinculadas de administração indireta (como a FUNASA, desde o início da década; e as agências a partir de 1999); a intensidade da competição política entre pessoas que ocupam cargos na alta administração federal; as características dos diferentes governos; o estilo de condução dos vários ministros da saúde; o perfil dos dirigentes do MS; a competição entre as áreas do MS por projeção e recursos; a insuficiência de estratégias e mecanismos de coordenação da política.

Ainda que a fragmentação na condução da política nacional de saúde tenha sido a tônica do período 1990-2002, identifica-se em vários momentos a adoção de estratégias de coordenação internas ao MS, como os colegiados de dirigentes, embora com alcance limitado.

Vale ainda apontar que as entrevistas realizadas sugerem diferenças entre as gestões ministeriais no que se refere à articulação interna. Na gestão Alcení, em que o novo Ministério se forma e passa por mudanças aceleradas, as diversas áreas trabalham de maneira mais isolada, com baixa integração e aponta-se ainda uma cisão interna, relacionada à existência de dois diferentes grupos de poder no MS¹⁷⁹. Na curta gestão de Jamil Haddad existe uma relativa sintonia da equipe dirigente e um grande estímulo ao debate interno, com valorização das instâncias de negociação e proposição de grupos de trabalho, com certa continuidade na gestão Santillo, embora o alcance dessas iniciativas em termos da integração das áreas seja desconhecido. Nas gestões de Adib Jatene predomina um estilo mais personalista de condução, ou seja, um esforço do ministro de acompanhar e coordenar as diversas áreas e políticas diretamente. Na gestão Serra, são marcantes a fragmentação institucional, a divisão de papéis e de poder sob a batuta do ministro e a intensa competição entre os dirigentes de primeiro escalão. Por outro lado, similaridades nas concepções e no estilo de gestão de alguns dirigentes, a formação de coalizões

¹⁷⁹ Alguns entrevistados identificam no período a existência de um grupo mais diretamente ligado à Presidência, com participação importante do Secretário Executivo e um outro grupo, de trajetória técnico-política, envolvendo o Secretário de Assistência à Saúde, ex-dirigentes e técnicos do INAMPS e do Ministério.

temporárias de poder e a capacidade do ministro impor suas prioridades propiciam, em alguns momentos, acordos e sinergias em torno de estratégias comuns.

Um outro aspecto de grande relevância para a compreensão da atuação do ministério, não explorado no presente estudo, diz respeito à dinâmica da ocupação dos cargos comissionados de outros níveis, bem como ao papel da burocracia federal na condução da política. A pesquisa realizada permite somente levantar algumas características gerais a serem aprofundadas em outros estudos: (a) diversos tipos de critérios influenciam a ocupação de cargos comissionados de nível intermediário, havendo maior disputa política por cargos até de nível 5 (diretores) ou 4 (coordenadores); (b) ao longo dos anos 90, aumenta a tendência de ocupação desses cargos por técnicos advindos de experiências de gestão do SUS em secretarias municipais e estaduais de saúde; (c) a rotatividade nesses cargos em geral é relativamente elevada; (d) apesar disso, em algumas áreas ou políticas específicas (por exemplo, controle da AIDS, Saúde da Família) observa-se a formação de lideranças ou equipes técnicas mais estáveis, favorecendo a continuidade das políticas nacionais; (e) a redução quantitativa do funcionalismo federal e a inexistência de carreiras de Estado voltadas para a área social favorece o aumento nos anos 90 de formas variadas de contratação de consultores, muitas vezes intermediada por convênios com agências internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD).

A visão dos dirigentes federais sobre o papel do Ministério da Saúde

Esse item discute a visão dos dirigentes federais – ministros e autoridades de primeiro escalão – sobre o papel do ministério da Saúde na política brasileira, a partir das entrevistas realizadas.

As respostas dos entrevistados em relação a esse tema são analisadas em dois planos, definidos a partir do marco analítico da pesquisa¹⁸⁰: (a) o plano *normativo-descritivo*, conformado por respostas que procuram descrever ou caracterizar o papel do

¹⁸⁰ Havia no roteiro de entrevista para os dirigentes federais (ver Anexo 1) duas questões especificamente voltadas para a identificação de sua visão sobre o papel do gestor federal na política de saúde. A primeira se referia ao momento em que o dirigente assume o cargo. Já uma das últimas questões do roteiro era voltada para a identificação de sua opinião quanto às finalidades de atuação do MS e a especificidade de seu papel face aos outros atores da política nacional de saúde. As respostas foram trabalhadas em conjunto, assim como

Ministério sem referência às suas finalidades de atuação; (b) o plano *substantivo-finalístico*, constituído por respostas que definem o papel do gestor com base em finalidades de atuação, assumidas neste trabalho como as questões relativas à busca de garantia da saúde como direito de cidadania, de concretização dos princípios do SUS e de redução das desigualdades/promoção da equidade.

Em relação ao primeiro plano, há três tipos freqüentes de referência para descrever ou caracterizar o papel do gestor federal na política de saúde: a legislação; as funções de gestão do sistema; a questão federativa.

A referência espontânea à legislação para definir o papel do gestor federal é comum nas falas dos entrevistados. Isso ocorre para três ministros (Alceni Guerra, Jamil Haddad e Adib Jatene), dois dos quais foram parlamentares constituintes e para a maior parte dos dirigentes de primeiro escalão entrevistados. Para alguns, a mera referência à Constituição ou à Lei Orgânica parece suficiente, dispensando outras explicações sobre o papel do Ministério. No entanto, as respostas obtidas após incentivo para maior detalhamento revelam expressivas diferenças entre os entrevistados quanto à visão, interpretação e aspectos da legislação enfatizados.

Uma segunda âncora comumente utilizada pelos entrevistados para a caracterização do papel do ministério da Saúde é a referência às funções de gestão no SUS. Nesse sentido, os dirigentes procuram diferenciar os gestores das três esferas em relação ao exercício dessas funções, ou ressaltar aquelas que deveriam ser privilegiadas pelo gestor federal.

As funções de gestão mais citadas pelos entrevistados são: planejamento; financiamento; fiscalização, controle e avaliação; organização do sistema e execução de ações e serviços. Quanto ao papel do gestor federal, os entrevistados em geral destacam as três primeiras funções. Alguns entrevistados mencionam o “planejamento estratégico” como uma atribuição do gestor federal. No âmbito do financiamento, alguns ressaltam o papel do ministério inclusive na busca e garantia da estabilidade de recursos para o setor¹⁸¹. Já em relação à terceira função – fiscalização, controle e avaliação – é comum a referência a conflitos e sobreposição de atribuições.

O termo regulação é eventualmente empregado pelos entrevistados, com sentidos variados. Na maioria das vezes, refere-se ao funcionamento do sistema público de saúde e ocasionalmente à regulação sobre segmentos específicos do setor privado. Há posições

foram consideradas também opiniões expressas em outros momentos da entrevista, organizadas por categorias temáticas.

¹⁸¹ Isso é enfatizado, por exemplo, na falas dos ministros Jamil Haddad, Adib Jatene e José Serra.

diferentes em relação ao papel do gestor federal na organização do sistema, função defendida por alguns dirigentes que valorizam o papel indutor e normativo do ministério da Saúde na organização da rede e do modelo de atenção. Quanto à execução, há praticamente consenso em relação ao fato de que o ministério não deve desempenhar funções de prestação direta, a não ser em raros serviços de referência nacional (o INCA é citado por alguns) e em situações excepcionais.

Ainda no plano normativo-descritivo, o terceiro e mais freqüente ponto de referência utilizado para explicar o papel do ministério da Saúde nas entrevistas é o sistema federativo brasileiro. Todos os dirigentes entrevistados, sem exceção, identificam algum papel do ministério na coordenação federativa da política de saúde. Vários deles também identificam desafios importantes em lidar com a diversidade e a heterogeneidade do país, e destacam o papel do ministério na mobilização e na articulação dos atores setoriais, particularmente dos gestores de outras esferas.

As semelhanças param por aí, visto que há diferenças muito expressivas de opinião quanto à forma como essa coordenação federativa deve ser exercida, podendo ser identificados três tipos de ênfase em relação a esse ponto: (a) ênfase no papel promotor da descentralização/ municipalização e no apoio a estados e municípios; (b) ênfase no papel coordenador nacional, face aos desafios do pacto federativo, da descentralização e da divisão de atribuições entre gestores; (c) ênfase no papel indutor e normativo federal, com descentralização regulada por mecanismos financeiros.

As diferenças de abordagem em relação ao papel de coordenação federativa do ministério da Saúde guardam relação estreita com as distintas gestões ministeriais. A primeira é marcante, por exemplo, na fala de dirigentes da gestão Haddad:

“Acho que a mentalidade constitucional é aprofundar cada vez mais a municipalização. É muito mais fácil o município tratar do que o poder central. Se você quer facilitar as coisas, vai ao município [...] E que haja sempre o estado atrás fazendo sempre uma espécie de gestão junto aos municípios. E, em última instância, o poder central comandando a política de saúde nacional. A coisa tem que funcionar dentro desse critério. Se isso for feito bem estruturado, não tenha dúvida de que vai dar certo... Eu acho que isso é o básico em termos da estrutura que deve existir no Ministério da Saúde.”¹⁸²

Ou ainda:

¹⁸² Entrevista com Jamil Haddad em 22 de março de 2005.

“PAPEL DO MS ... ENTRE OUTROS, Pela CF – Art.30 inciso VII – Cooperação financeira e técnica com os municípios; coordenador da integração das três esferas de governo responsáveis pela garantia do direito à saúde para que todas e cada uma cumpra com suas obrigações; [...] Descentralizar e não desconcentrar. Coordena junto e não coordena subalternos”¹⁸³

Os dirigentes da gestão Albuquerque entrevistados, no que tange à visão sobre o papel do ministério na coordenação federativa, também se aproximam da primeira abordagem, de ênfase na promoção da descentralização e no apoio a municípios. Entretanto, os dirigentes dessa gestão foram mais enfáticos em relação à necessidade do Ministério da Saúde reduzir o seu escopo de atuação¹⁸⁴. Como assinala o próprio ministro:

“A primeira coisa que o Ministério da Saúde tinha que fazer é reduzir a sua ação. Ele teria que ficar na base da identificação e diagnóstico epidemiológico, dos vários Brasis e repassar aos municípios especialmente essas informações para orientar a gestão, apoiar, diminuir aquela quantidade de funcionários teóricos que tem. E não ser teorizador. E vir mais para a periferia, nos ajudar, aprender aqui. A grandes políticas de saúde nacionais não são viáveis no Brasil inteiro”¹⁸⁵

Nas falas desse primeiro grupo de dirigentes que interpretam o papel do MS na coordenação federativa principalmente na perspectiva da promoção da descentralização e no apoio aos estados e municípios, são comuns as críticas às práticas centralizadoras e/ou concentradoras de poder decisório sobre as políticas no âmbito federal, exercidas por meio de normas excessivas ou mecanismos de vinculação financeira.

Ainda em relação à questão federativa, um segundo grupo de dirigentes se diferencia do primeiro por enfatizar em suas respostas o papel coordenador federal e os desafios de articulação e divisão de atribuições entre as esferas de governo, como a seguir:

“O sistema é único, com comando único em cada esfera de governo. É que o Brasil é uma república federativa [...] Esses três níveis de governo têm que atuar de comum acordo dividindo recursos, dividindo

¹⁸³ Resposta de Gilson Carvalho a roteiro semi-estruturado, enviada por e-mail em 06 de janeiro de 2005.

¹⁸⁴ A visão e a postura dos dirigentes da gestão Albuquerque se diferencia bastante daquela dos dirigentes atuantes na gestão Haddad entrevistados em outros pontos, tanto referentes ao papel do ministério, quanto à questão da relação com outros setores de governo federal, com os demais gestores e com o Conselho Nacional de Saúde, aspectos que serão abordados nos próximos itens.

¹⁸⁵ Entrevista com Carlos Albuquerque em 16 de julho de 2004. No momento da entrevista, o ministro exercia o cargo de Prefeito no pequeno município de Barra do Ribeiro (RS) e suas respostas são influenciadas pela sua experiência na Prefeitura, mas também são consistentes com o posicionamento assumido pelo Ministro durante sua gestão, aferido por outras fontes documentais.

atribuições. Não é um negócio simples [...] O Ministério da Saúde conseguiu montar o sistema. Bom, isto tem permitido uma convivência [...] O ministério coordena as ações e transfere a execução para os estados e municípios. Isso tem muita discussão sobre o quê efetivamente você deve transferir ou não. E inclusive sobre a fiscalização.”¹⁸⁶

Um terceiro enfoque acerca da coordenação federativa pode ser observado nas respostas de dirigentes, particularmente do período Serra – Negri, que enfatizam o papel do Ministério da Saúde na indução e normalização das políticas e na condução do processo de descentralização sob regulação federal:

“Veja, é o papel mais importante. Porque é o órgão que consegue coordenar as ações, consegue juntar os atores, consegue normatizar, e sobretudo, ter uma capacidade de financiar - 70% do financiamento é do Ministério da Saúde. O que o coloca como parceiro que pode ditar algumas regras do jogo. O Ministério da Saúde, cada vez mais, aumenta sua importância porque ele regulamenta, ele gere crises, ele pactua, ele estabelece as normas, ele financia e ele é um avalista do processo de descentralização.”¹⁸⁷

Os dirigentes desse grupo reconhecem o papel das normas federais e dos mecanismos financeiros na coordenação ou na normalização federativa, como no exemplo que se segue:

“O PAB [Piso de Atenção Básica] é um mecanismo financeiro. Só que além de ser um mecanismo financeiro, ele é uma espécie de mecanismo de normalização federativa.[...] Do ponto de vista do federalismo é uma coisa emblemática fazer uma transferência federal vinculada a serviço [...] Tem uma função, que ele [o MS] resgatou na segunda metade dos anos 1990 e agora: olhar o sistema, identificar linhas de trabalho interessantes – como o PSF - e tentar generalizá-las. Senão, você fica sendo o gestor de uma federação de desiguais [...] É lógico que faz parte do respeito federativo dentro do federalismo que essa seja uma discussão política. E aí o quanto você avança ou demarca o percurso que você está transferindo, também é uma disputa política.”¹⁸⁸

Além dos aspectos normativos e descritivos abordados – que se fundamentam no marco constitucional-legal do SUS, nas funções de gestão do sistema de saúde, e na

¹⁸⁶ Entrevista com Adib Jatene em 24 de agosto de 2004.

¹⁸⁷ Entrevista com Barjas Negri em 29 de dezembro de 2004.

¹⁸⁸ Entrevista com Geraldo Biasoto em 31 de agosto de 2004.

relação entre modelo federativo e descentralização em saúde - a posição dos dirigentes entrevistados sobre o papel do Ministério da Saúde também pode ser analisada em um segundo plano, à luz da concepção de finalidades de atuação do Estado na saúde no âmbito federal adotada neste trabalho. Enquadram-se nesse plano as respostas relacionadas à: busca da prioridade da saúde no modelo de desenvolvimento e na sociedade; defesa da saúde como direito de cidadania; garantia dos princípios do SUS; redução das desigualdades / iniquidade em saúde.

As explicações acerca do papel do ministério da Saúde em termos de suas finalidades foram bem mais raras do que as de caráter normativo-descritivo, porém em geral mais diversificadas e dispersas entre os dirigentes de várias gestões ministeriais.

Em termos de finalidades de atuação do Ministério da Saúde, foram identificadas pelos entrevistados as seguintes: (a) a defesa do setor saúde face ao governo e à sociedade; (b) o papel redistributivo de recursos do gestor federal; (c) o combate às desigualdades e a promoção da equidade no acesso aos serviços e ações de saúde; (d) a luta pela prioridade ética da saúde no modelo de desenvolvimento e na sociedade brasileira e pela sua garantia como direito de cidadania; (e) a democratização do setor.

Em relação ao primeiro ponto, é relativamente comum nas entrevistas a menção do papel do ministério na busca e garantia de recursos para o setor. A proposição de um papel mais amplo na articulação política e na defesa do setor face ao projeto de governo e à sociedade transparece na fala de alguns dirigentes, como se segue:

“A representação em foros internacionais de saúde. A defesa do setor de saúde dentro do governo, no colégio de ministros, na Presidência. Eu acho que é função do gestor federal. Brigar pelo orçamento no Congresso Nacional. Fazer a interlocução com o legislativo.”¹⁸⁹

Um dos dirigentes destaca o papel do Ministério da Saúde em questões relacionadas à contribuição do sistema de saúde para o desenvolvimento que, segundo o entrevistado, deveriam ser objeto de negociação e articulação com a área econômica:

“Essa é uma função do ministério, discutir incorporação de tecnologia, discutir o papel... [...] As justificativas são as seguintes: o sistema de saúde é potencialmente gerador de renda e, inclusive, balança de exportação para o Brasil. O sistema de saúde é produtivo. É claro que você tem que gastar com assistência, etc. Mas, se você vender tecnologia e insumos ou outras coisas que o Brasil pode produzir, ele se auto

¹⁸⁹ Entrevista com Ricardo Akel em 18 de novembro de 2004.

sustenta. Então, nessa discussão o Ministério da Saúde tinha que entrar pesado.”¹⁹⁰

O papel redistributivo do gestor federal é destacado por poucos entrevistados, que correlacionaram a ação do Ministério da Saúde ao papel arrecadador e redistributivo de recursos do Estado no âmbito nacional:

“De maneira que o ministério atua na organização, na estruturação do sistema e dispõe de um orçamento que lhe permite fazer a redistribuição minimamente razoável, porque se você for destinar para cada município ou para cada estado um percentual da sua arrecadação, os municípios ricos e os estados ricos vão ficar muito bem e os municípios pobres não vão ter nada. Então, esse é o papel da federação. Por isso é que grande parte dos tributos é federal.”¹⁹¹

“Quem pode agüentar este esforço de captação de recursos e redistribuição de recursos para ver se cumpre o ideal ético de tratar de quem quer que seja, garantir a vida mais do que qualquer coisa?...Eu chamo o Estado para desempenhar um papel de fazer arrecadação de recursos e fazer a redistribuição para fazer com que todos possam dispor disso. O Brasil precisa desse Estado pesadamente. O Estado tem uma função precípua e forte. É um papel que é arrecadador e redistributivo. Isso faz com que o Ministério da Saúde tenha um papel muito importante. O centro da arrecadação está em cima dele. [...] Porque é a esfera que pode trazer a equidade melhor para todo o conjunto... Para a realidade econômica e social da nossa população é mais do que implícito, é explícito. A constituição diz que arrecadar recursos através de contribuições para ações sociais só tem uma esfera de governo que faz. É a federal. Portanto, esse papel de grande arrecadador e grande distribuidor é mesmo do Ministério da Saúde.”¹⁹²

O papel de atuação do Ministério da Saúde na redução das desigualdades no acesso ou na promoção de um acesso integral e equitativo às ações de saúde também é valorizado nas entrevistas. Nesse sentido, alguns rechaçam a idéia de restrição de intervenção estatal em ações simplificadas ou mesmo destacam a importância da atuação do ministério na garantia do acesso dos cidadãos às ações de alta complexidade no SUS:

¹⁹⁰ Entrevista com Antônio Werneck em 27 de abril de 2005.

¹⁹¹ Entrevista com Adib Jatene em 24 de agosto de 2004.

¹⁹² Entrevista com José Carlos Seixas em 30 de agosto de 2004.

“Agora, o que nós precisamos agilizar no Ministério da Saúde... Eu digo sempre o seguinte, aonde é que uma pessoa que necessita de um transplante, podia se tratar senão tivesse o SUS? Fazer uma cirurgia cardíaca se não tivesse o SUS? Por exemplo, esses programas de alta complexidade só são realizados em razão da existência do SUS. Essa é uma coisa que nós temos que ter em mente. E temos que priorizar. Arroz com feijão, qualquer um faz. O problema é, na verdade, as coisas mais complexas.”¹⁹³

Ainda nessa linha, alguns dirigentes destacam o papel do ministério em termos da conformação de um sistema ou de uma “saúde nacional”, referindo-se às marcantes desigualdades entre os estados e à necessidade de assegurar aos cidadãos brasileiros o acesso às ações de saúde segundo os princípios do SUS:

“Uma função do Ministério da Saúde como gestor de um sistema nacional de saúde no sentido do acesso e da complementaridade, de garantir a integralidade interestadual é uma coisa que avançou pouco [...] A questão da política nacional, da alta complexidade, o Ministério da Saúde tem uma responsabilidade enorme, porque não tem sentido ter um centro de transplante de medula em cada estado. O Brasil talvez precise de oito, dez, doze centros. O que você tem de fazer...Ter mecanismo que assegure que o cidadão do Amapá, precisando disso, o sistema público vai identificar essa demanda, vai identificar o local de atendimento e vai viabilizar a ida e vinda desse paciente. Tem que garantir que esse paciente tenha acesso. Essa é uma função do gestor do sistema nacional de saúde... Esse é o sistema nacional e é a questão da universalidade e da integralidade.”¹⁹⁴

“De um lado, olhar as crises regionais e de outro, avaliar as situações gerais e dar para elas um conteúdo nacional. Até porque, você não pode começar a ter a saúde de São Paulo e a saúde do Maranhão. O governo federal é responsável por ter uma saúde nacional.”¹⁹⁵

A finalidade ética fundamental de atuação do Estado na garantia do direito à saúde é valorizada por outros dois entrevistados ao discorrerem sobre o papel do gestor federal na

¹⁹³ Entrevista com Jamil Haddad em 22 de março de 2005.

¹⁹⁴ Entrevista com Renilson Rehem de Souza em 24 de maio de 2004.

¹⁹⁵ Entrevista com Geraldo Biasoto em 31 de agosto de 2004.

saúde. Um deles se refere à necessidade de priorização ética da saúde na sociedade, como se segue:

“Tenho que ver como é que está a situação do Brasil hoje. O problema é: ou eu continuo na tese de que ‘azar de quem é pobre’, ou eu assumo o ideal ético de que, em matéria de saúde, eu tenho que fazer um esforço coletivo para resolver independente de culpa, de capacidade e até de interesse pessoal. É a ética da constituição para a saúde. Eu acho que não é a ética da cultura brasileira. Ainda há a tese de que ‘saúde pode ir deixando para depois porque um dia vai ter desenvolvimento e tudo vai ser resolvido’.”¹⁹⁶

Outro entrevistado, ao abordar as finalidades de atuação do Ministério da Saúde na política nacional, enfatiza tanto a garantia do direito à saúde e da justiça social, como a idéia de democracia e de participação:

“Sempre procuramos democratizar, procuramos fazer com que todos tivessem direito a uma saúde mais justa. E não apenas aqueles que tinham condições financeiras de poder ter um plano de saúde, para poder atendê-los nos momentos difíceis [...] A finalidade é essa, quer dizer, pleno entrosamento com o conselho nacional, os conselhos estaduais, os conselhos municipais. E a presença e a participação efetiva da população. Democracia... A população no meio. E ela é representada pelos conselhos. Então, a democratização da saúde passa, justamente, por esses departamentos, que não são estanques, que funcionam como se fosse um somatório.”¹⁹⁷

Para compreender as falas dos entrevistados em relação ao papel e às finalidades de atuação do Ministério da Saúde, é importante também considerar o contexto em que esses dirigentes exercem seus cargos, visto que a política de saúde e o ministério passam por mudanças importantes nos anos 90. Não é por acaso que alguns entrevistados valorizam a dimensão de temporalidade na análise do papel do Ministério da Saúde. Em algumas falas, evidencia-se uma ênfase nas características dos diferentes contextos e o reconhecimento das mudanças no papel do ministério ao longo dos anos 90. Para ilustrar as influências da conjuntura do Ministério da Saúde sobre a percepção dos dirigentes acerca do papel e das possibilidades de atuação do Ministério da Saúde, vale contrastar as falas do primeiro e do último secretário de Assistência à saúde do período do estudo:

¹⁹⁶ Entrevista com José Carlos Seixas em 30 de agosto de 2004.

¹⁹⁷ Entrevista com Jamil Haddad em 22 de março de 2005.

“A gente vinha com um modelo doutrinário bem desenhado sob o ponto de vista conceitual, formado para dar certo. Mas, encontrávamos uma realidade totalmente adversa à implantação deste modelo. Ficou claro que a sua pura e simples implementação não era viável, com resistências imensas e com uma falta de pontos de apoio para alavancar transformações. Se você imaginar, o papel do gestor federal é muito mais de regência do que de execução. Ele é muito mais, comparando com uma orquestra, de maestro do que de violinista. Nós não tínhamos a partitura. As Leis 8.080 e 8.142 foram as leis reguladoras da Constituição que saíram nos últimos dias de dezembro de 1990. Ficamos até o final de 1990, sem regulamentação. Nos últimos dias de dezembro, fizemos a primeira norma operacional básica do SUS. Não tínhamos de início os termos da sinfonia que se ia executar. Essa foi uma dificuldade inicial.”¹⁹⁸

“O papel vai se diferenciando ao longo do tempo. Quer dizer que o papel que o ministério deve ter hoje e tem hoje não é nem o que teve nem o que deveria ter em 1990. Completamente diferente [...] Tem questões macro que o Ministério não tem cuidado. Acho que nessa nova etapa deveria cuidar do ponto de vista do recurso humano, de tecnologia, de mercado. Essas áreas todas têm um espaço enorme para se desenvolverem. Entendo que o que ocupou o Ministério da Saúde ao longo da década de 90 deve em médio prazo, talvez em curto prazo, ocupar uma parte menor da atenção, do tempo, da atividade do Ministério da Saúde.”¹⁹⁹

Ainda no que tange à dimensão temporal, é interessante comentar que apenas um entrevistado enfatiza a importância de o Ministério da Saúde ter um macroprojeto e atuar em uma perspectiva de longo prazo, apontando a ausência desse elemento como uma das principais lacunas no papel e na atuação do Ministério da Saúde no período do estudo:

“O que o ministério não faz, provavelmente mais dramático, é pensar no futuro. [...] Como um órgão dessa natureza, com um sistema desse tamanho, que tinha que funcionar como um órgão de inteligência de cenários de futuro, de áreas de intervenção, de antecipação e de construção de mecanismos de planejamento... Não, não existe. Ele é um ministério presentista nesse sentido. Ele é sempre atrelado a demandas.”²⁰⁰

¹⁹⁸ Entrevista com Ricardo Akel em 18 de novembro de 2004.

¹⁹⁹ Entrevista com Renilson Rehem de Souza em 24 de maio de 2004.

²⁰⁰ Entrevista com Eduardo Levcovitz em 04 de agosto de 2005.

Em síntese, ao que parece, as respostas dos entrevistados são muitas vezes delimitadas pelo contexto político-social em que se inserem²⁰¹ e pela sua visão sobre o horizonte de possibilidades da atuação do órgão setorial – Ministério da Saúde - face às restrições estruturais e conjunturais.

A maioria dos entrevistados reconhece dificuldades mesmo no exercício dos papéis identificados para o Ministério da Saúde, relacionadas: (a) às características estruturais do país, como heterogeneidade e desigualdades econômicas, sociais e de saúde; (b) à trajetória prévia da política de saúde e aos traços estruturais do sistema de saúde brasileiro; (c) à inserção da política de saúde no projeto de governo federal; (d) ao peso e aos interesses dos segmentos privados, bem como às características dos mercados em saúde.

Não é por acaso que o papel do Ministério da Saúde em uma perspectiva mais macro-política, de articulação com outros setores do Governo Federal, no sentido do fortalecimento das políticas sociais e no apoio à construção de um modelo de desenvolvimento mais favorável à proteção e ao bem-estar social em geral não é espontaneamente enfatizado pelos dirigentes entrevistados. Nesse sentido, somente aspectos pontuais são abordados em algumas entrevistas, em resposta a perguntas específicas (por exemplo, sobre a questão das indústrias relevantes para a saúde) ou no reconhecimento de lacunas de atuação do Ministério da Saúde (como na questão da formação de recursos humanos, na regulação de mercados e das tecnologias em saúde).

As limitações das respostas nesse âmbito e a raridade de manifestação de visão estratégica de longo prazo, podem ter relação com as dificuldades estruturais e conjunturais enfrentadas pelos dirigentes; com uma percepção de governabilidade limitada sobre uma série de variáveis relevantes para a política de saúde; com um certo pragmatismo na condução da política setorial; e/ou ainda com um relativo ou ilusório “insulamento” da trajetória da política de saúde em relação às demais políticas públicas.

²⁰¹ Tanto no momento em que exercem o cargo de dirigente ministerial, como no momento da realização da entrevista (no último caso, um viés inerente a esse tipo de estratégia metodológica).

A relação do Ministério da Saúde com outras áreas do Governo Federal

Um aspecto de grande importância para a compreensão da atuação do gestor federal do SUS nos anos 90 diz respeito à relação entre o Ministério da Saúde e as demais áreas do Governo Federal na condução da política de saúde, por três motivos principais.

Em primeiro lugar, porque a complexidade do setor saúde envolve interesses de vários tipos e decisões governamentais que extrapolam os limites do Ministério da Saúde. Assim, diversas políticas e decisões relevantes para a saúde são conduzidas total ou parcialmente por outros ministérios e áreas de governo. Em segundo lugar, porque a atuação do Estado na saúde é influenciada pela concepção acerca do papel e modelo de atuação do Estado na área econômica e social predominante em cada governo. E, em terceiro lugar, porque a direcionalidade da política de saúde no âmbito nacional é influenciada, entre outros fatores, pela direcionalidade do projeto mais amplo do governo federal. Em outras palavras, a compreensão das características, possibilidades e limites da atuação do Ministério da Saúde passa pela análise das tensões entre a política de saúde como política de Estado, tal como concebida pela reforma sanitária brasileira; as tendências hegemônicas da reforma do Estado no período; e a política de saúde como uma das expressões de um dado projeto de governo.

Algumas questões que permeiam esse debate são: que poder o Ministério da Saúde efetivamente tem sobre as decisões relevantes para a política de saúde? Em que medida as políticas de saúde são influenciadas ou limitadas por decisões mais amplas do Governo Federal? Existe uma relativa autonomia da trajetória da política de saúde em relação à concepção de Estado e às diretrizes de cada governo? Ou a política de saúde avança somente dentro de limites impostos externamente ao MS? Quais são as possibilidades e limitações das políticas de saúde em face das diretrizes governamentais?

A partir dessas indagações gerais e considerando o entendimento constitucional da saúde como resultante de políticas econômicas e sociais abrangentes, optou-se por analisar em um primeiro momento as relações entre o Ministério da Saúde e alguns órgãos da área econômica do governo como: (a) os ministérios da Fazenda e do Planejamento, principalmente no que tange ao financiamento setorial; (b) a área responsável pelas diretrizes para a Administração Federal, em particular, o ministério de Administração e Reforma do Estado, atuante no período 1995-1998; (c) o ministério responsável pelas decisões referentes à política industrial que afetam o setor saúde. Procurou-se identificar

como o Ministério da Saúde participa, interage, procura influenciar ou lida com as decisões e políticas de outras áreas do governo que repercutem na saúde²⁰².

No final deste item, são feitas algumas considerações gerais acerca da relação do Ministério da Saúde com os demais ministérios da área social.

No que tange à área econômica do governo, no período 1990-2002, se sobressaem os conflitos e tensões entre os ministérios da Saúde e da Fazenda, relacionados principalmente à questão das fontes e ao montante de recursos federais para o setor saúde. Em vários momentos há registros de dificuldades relacionadas à instabilidade na liberação de recursos para a Saúde, exigindo negociações e pressões sobre o Ministério do Planejamento. Em uma década em que predominam as políticas de ajuste e estabilização fiscal, as agendas dos vários governos compreendem, em maior ou menor grau, diretrizes de contenção e racionalização de gastos públicos e de redução do tamanho do Estado, algumas das quais conflitam com as necessidades de expansão de um sistema de saúde público e universal. Alguns exemplos dessas tensões são a posição contrária da área econômica à vinculação de receitas para a saúde – visto que a prioridade do período é a estabilidade fiscal e o superávit primário –, a instabilidade do fluxo de recursos para o setor e as pressões por redução do funcionalismo, em um momento de universalização do direito e extensão da oferta de ações e serviços, em um setor altamente dependente de mão-de-obra qualificada e de tecnologias cada vez mais caras.

Ressalte-se que as tensões entre o Ministério da Saúde e a área econômica dos governos no período foram reconhecidas por todos os ministros e dirigentes de primeiro escalão entrevistados, ainda que alguns tenham procurado ressaltar a valorização do setor saúde pelo presidente da República, reconhecer as dificuldades concretas da área econômica de aumentar o orçamento da saúde em algumas situações, ou destacar a sua capacidade pessoal de atenuar as restrições impostas pela área econômica. A fala do primeiro ministro da Saúde do período é bastante ilustrativa de tensões nesse sentido:

“Tivemos as dores da criação de um Estado liberal, que foi a redução do tamanho do Estado. Eu recebi a incumbência de cortar 20.000 servidores, entregar algumas dezenas de milhares de automóveis, equipamentos, repassar bens para os estados e municípios, leiloar e privatizar bens que eram desnecessários e eu fiz um papel de filtro disso. Mostramos ao

²⁰² As entrevistas foram fontes importantes para a elaboração deste tópico, além de outras referências e fontes documentais.

presidente que a área da Saúde era uma área essencial de atuação do Estado e que ela precisava ser preservada [...] Eu consegui uma redução substancial do número de funcionários a serem, não demitidos, na época se usava uma expressão 'disponibilidade', que era remunerada; e, com o passar do tempo, fui ganhando todas as questões junto à Ministra Zélia, e mantendo, dentro do Ministério da Saúde, o tamanho praticamente idêntico ao que a gente recebeu, mas, com uma condição: que eu descentralizasse."²⁰³

Ainda que expresse peculiaridades da reforma do Estado promovida por Collor no início dos anos 90, em que a questão da contenção do gasto público esteve atrelada a estratégias agressivas de extinção de órgãos e redução do tamanho da Administração Federal, o relato do ministro levanta um ponto interessante que perpassa o restante da década: a descentralização como uma diretriz das agendas de reforma do Estado de corte liberal nos anos 90, que não conflita com a agenda da reforma sanitária brasileira. Esse talvez seja um motivo importante para a evolução da descentralização na saúde nessa década que, no entanto, suscita questões em relação às condições em que ocorre a descentralização e as repercussões desse processo para a saúde. As diferenças no contexto e nas características da descentralização em cada momento serão retomadas adiante.

No que tange mais diretamente ao financiamento setorial, os embates entre o Ministério da Saúde e a área econômica do governo na década estiveram relacionados a três aspectos principais: a definição das fontes de financiamento para a saúde, a definição do montante do orçamento do Ministério da Saúde e regularidade nos repasses de recursos para a saúde. Nesse sentido, alguns ministros adotam uma postura defensiva em relação às políticas econômicas em curso, buscando negociar e assegurar um aporte mínimo ou razoável de recursos para a condução da política de saúde. Essa postura aparentemente predomina nas gestões de Alcení Guerra, Jamil Haddad, Henrique Santillo e Carlos Albuquerque, que entretanto diferem quanto à conjuntura que se inserem, o projeto político e as características de atuação.

Por outro lado, há no período do estudo dois ministros que adotam uma postura pró-ativa de busca de fontes e de aumento de financiamento para o setor, partindo para o enfrentamento com a área econômica por meio de propostas que interferem de maneira mais estrutural no sistema tributário e no financiamento setorial: Adib Jatene e José Serra, ambos na segunda metade da década.

²⁰³ Entrevista com Alcení Guerra em 16 de julho de 2004.

Entre 1990 e 1994, a situação de grave dificuldade financeira da saúde causada por políticas econômicas restritivas e instabilidade de fontes de financiamento face à não-implantação do Orçamento da Seguridade Social traz muitas dificuldades à condução da política de saúde, em uma fase inicial da implantação do SUS, fazendo com que predomine uma postura defensiva dos ministros contra as restrições impostas ao setor, incluindo os riscos de perda de receitas e cortes de gastos²⁰⁴.

Jamil Haddad, que ocupou o cargo de ministro da Saúde em 1993, expressa assim sua experiência em lidar com as dificuldades financeiras do período:

“Depois de ter sido ministro, firmei em mim um princípio de que a saúde nunca foi prioridade no país. Eu cansei de ouvir as pessoas dizerem: ‘mas a saúde está gastando muito’, como se saúde fosse para dar lucro. Saúde é obrigação constitucional e é obrigação de qualquer Estado que tenha, na realidade, o espírito democrático do bem-estar da população. Ele tem que priorizar a saúde e gastar, na realidade, inventar dinheiro para gastar na saúde [...] Eu sabia que a Fazenda sempre procurava diminuir as verbas... tem que apertar as finanças, diminuir os gastos e acabava tirando, justamente, dos setores que não deveriam ter cortes. Mas, em razão da minha amizade pessoal, fraterna com o presidente Itamar Franco, fui socorrido muitas vezes, em que havia necessidade de um acréscimo, um pouco mais de alento em finanças, além do recurso orçamentário existente, mas, sempre com dificuldades.”²⁰⁵

Na realidade, a equipe do ministério da Saúde na gestão Haddad teve que direcionar esforços para embates com o ministério da Previdência, em tentativas de evitar a progressiva redução e interrupção do aporte de recursos oriundos da arrecadação sobre a folha de salários para a saúde, o que acaba ocorrendo em 1993²⁰⁶, com sério prejuízo para o setor nos anos subseqüentes.

Em 1995, Adib Jatene assume o Ministério da Saúde no início do Governo Fernando Henrique, consciente de que a indefinição de fontes de financiamento, instabilidade e insuficiência de recursos eram problemas graves para o setor²⁰⁷. No início

²⁰⁴ As dificuldades no financiamento do SUS na primeira metade da década são abordadas em vários estudos, como os de Lucchese (1996), Levcovitz (1997) e Carvalho (2002).

²⁰⁵ Entrevista com Jamil Haddad em 21 de março de 2005.

²⁰⁶ Os embates do Ministério da Saúde com a área econômica e com o Ministro da Previdência Antônio Brito no período são explorados no trabalho de Carvalho (2002).

²⁰⁷ Em entrevista à pesquisadora, Jatene relatou que já havia identificado esses problemas durante a sua breve experiência como ministro no Governo Collor, época em que havia defendido junto ao governo, ao

de sua segunda gestão, o ministro se defronta com as limitações orçamentárias e parte para negociações com o Ministério da Fazenda visando à ampliação de recursos para a Saúde. A relação do Ministro com a área econômica se desgasta, como destaca um dirigente do período:

“A relação com os outros órgãos do governo foi muito mutável. No início, era uma lua-de-mel absoluta, porque ele [o Ministro Jatene] era um dos queridos do Fernando Henrique, era um dos ministros que o Fernando Henrique considerava que valorizava o seu governo. [...] Até a gente descobrir, particularmente ele, que isso não se transformava em ações concretas, quer dizer, a batalha mensal para liberar a mesada era dramática. E, no final das contas, em geral, tinha que envolver ele diretamente com o Malan, ele diretamente com o Pedro Parente. E aí, era um período de mau humor horrível em que ele, freqüentemente, às três horas da tarde, pegava o carro, ia para o Planalto conversar com o Fernando Henrique [...] Inclusive, com uma certa ingenuidade, de que obviamente não se faz isso, a não ser sob as instruções do Presidente. O Ministro da Fazenda faz a orientação que tem. Então, foi degradando muito.”²⁰⁸

Reconhecendo os limites da negociação pelo lado das despesas do Governo Federal, o ministro Jatene passa a lutar pela criação de um novo imposto, cuja receita seria destinada ao setor. Apesar da contrariedade da equipe econômica do governo à criação de um novo imposto e à vinculação de receitas, Jatene assume um longo processo de debates e negociações com vários atores e articula diretamente com o Congresso Nacional a aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF, que acaba ocorrendo no segundo semestre de 1996²⁰⁹. No entanto, nessa época o orçamento para o ano seguinte já havia sido definido e a equipe econômica explicita que a entrada da CPMF não levaria a um aumento no aporte de recursos para a saúde. Os embates com a área econômica levam a um grande desgaste do ministro Jatene, que acaba deixando o cargo pouco após a aprovação da CPMF, frustrado com os desdobramentos do processo:

“Foi isso o que eu fui buscar: criar uma nova fonte, com a idéia de que as fontes que o ministério possuía iam ser mantidas em valor real. E a

Congresso e à sociedade em geral (por exemplo, por meio da mídia) a constitucionalidade do FINSOCIAL, então uma importante fonte de receitas para a saúde.

²⁰⁸ Entrevista com Eduardo Levcovitz em 04 de agosto de 2005.

CPMF representaria o acréscimo que eu precisava para aumentar o orçamento. Quando afinal se conseguiu fazer a CPMF, foram retiradas as fontes que o ministério tinha e substituídas pela CPMF e na soma em valor real ficou menos. Então, não há como você cumprir todas as coisas que você estabelece. E aí você fica remunerando mal os serviços, limitando os salários do pessoal, reduzindo diárias, os combates a endemias, o que dificulta extraordinariamente a situação”²¹⁰.

A substituição de fontes após a aprovação da CPMF, com pouco efeito sobre o montante total de recursos destinados ao setor, é motivo de frustração não apenas para o ministro Jatene, como para todos os que apóiam essa proposta em busca de maior estabilidade e volume de recursos²¹¹. Por outro lado, ainda que a CPMF não tenha implicado um aumento real de recursos, sua aprovação de certa forma muda o patamar de discussão entre Ministério da Saúde e área econômica nos anos subseqüentes, e o setor passa pelo menos a contar com uma relativa previsibilidade no aporte de recursos, em uma situação um pouco mais estável do que a da primeira metade da década.

Após a saída de Jatene, há um período de tranquilidade nas relações entre a Saúde e a Fazenda, representado pelos 16 meses da gestão de Carlos Albuquerque. A postura do Ministério da Saúde nessa gestão a princípio é de negociar com o ministério da Fazenda o aporte de recursos da CPMF no orçamento do ministério, mas a equipe econômica explicita que a entrada de recursos da nova contribuição social levaria à retração do aporte de recursos de outras fontes, de forma que o orçamento da Saúde não teria um aumento substantivo em relação ao previsto. No entanto, a posição do ministro Albuquerque é de preferencialmente não entrar em confrontos com a área econômica, por entender que não cabia ao Ministério da Saúde colidir com as diretrizes do governo, como ele justifica:

“Eu acho que houve sempre um equívoco dos Ministros da Saúde. E me acusaram muito de não ter adotado essa posição. O Ministro da Saúde passou a ser um opositor ao governo. Pelo menos dentro do governo Fernando Henrique, mas antes também. É um sujeito que vivia reclamando contra dinheiro. Ele vivia procurando dinheiro e deixava de cuidar da sua pasta, tal a ordem das coisas. Como se recurso fosse a única solução. Claro que é importante, mas não é a única solução. Então, essa

²⁰⁹ A Lei da CPMF foi encaminhada ao Congresso pelo Executivo, porém fruto de pressões intensas do Ministro Jatene que, segundo alguns entrevistados, teria articulado no Senado a possibilidade de encaminhamento da Lei por algum senador, caso a Presidência não o fizesse.

²¹⁰ Entrevista com Adib Jatene em 24 de agosto de 2004.

²¹¹ Tal questão foi apontada em várias outras entrevistas.

posição de só reivindicar recursos, não é uma posição adequada. Há um déficit muito grande de falta de gestão e de falta dessa idéia realmente descentralizadora”²¹².

O discurso e as propostas da equipe de Albuquerque de redução do tamanho de algumas áreas do ministério, de descentralização de atribuições para estados e municípios, e de ênfase na gestão²¹³ guardam sintonia não apenas com o Ministério da Fazenda, mas também com as proposições da Casa Civil e do Ministério de Administração e Reforma do Estado, sugerindo uma postura mais alinhada dessa gestão com outras áreas do Governo Federal.

A partir de março de 1998, na gestão de José Serra, voltam a aumentar as tensões entre o Ministério da Saúde e a Fazenda, relacionadas ao financiamento setorial. O ministro Serra retoma as negociações em torno da vinculação de receitas para a saúde nas três esferas de governo, uma antiga reivindicação do movimento sanitário, que já havia sido apresentada como proposta de emenda constitucional (PEC-169) pelo Deputado Eduardo Jorge (PT-SP) no início da década²¹⁴.

Em relação à posição do restante do governo nas negociações relativas à vinculação de receitas para a saúde, o ministro Serra relata que o presidente da República teria deixado a questão em aberto, a área política teria apoiado e a área econômica teria jogado contra²¹⁵. O então secretário executivo do Ministério da Saúde, Barjas Negri confirma que o cerne dos conflitos estaria relacionado à resistência, por princípio, do Ministério da Fazenda à vinculação de receitas, visto que isso restringe a margem de manobra do governo na definição e execução do orçamento federal.

O próprio ministro Serra, durante a Constituinte em 1987-1988, como relator da Comissão do Sistema Tributário, Orçamento e Finanças, posicionou-se contra a vinculação de recursos, preocupado com os desequilíbrios que poderiam resultar de significativas perdas do Governo Federal impostas pelas mudanças tributárias sucessivamente incorporadas ao texto constituinte, ao mesmo tempo em que as atribuições da União aumentam em vários campos²¹⁶. Como ministro do Planejamento no período 1995-1996,

²¹² Entrevista com o ministro Carlos Albuquerque, em 19 de julho de 2004.

²¹³ Essas proposições ficam claras nas entrevistas com o Ministro Carlos Albuquerque, com o então Secretário Executivo Barjas Negri e com o Secretário de Assistência à Saúde Antônio Werneck, bem como são mencionadas em entrevistas com outros atores que acompanham a política nacional no período.

²¹⁴ A respeito da tramitação e de mudanças nas propostas de emenda referentes à vinculação de receitas da saúde, ver Baptista (2003) e Faveret (2002).

²¹⁵ Entrevista com José Serra em 28 de março de 2005.

²¹⁶ Ver artigo de Souza (2001) sobre os debates na Constituinte relevantes para o federalismo e a descentralização.

Serra teria sido contrário à ampliação da vinculação de receitas. Ao invés de representar uma demonstração de incoerência, esse exemplo pode ilustrar as mudanças de perspectivas e de postura relacionadas à inserção de uma mesma personalidade política em diferentes posições e cargos públicos no complexo jogo da política nacional.

Cabe ressaltar ainda que no processo de negociação houve mudanças substantivas no conteúdo da proposta original de vinculação, e que a emenda aprovada no Congresso na realidade estabeleceu a vinculação explícita de receitas principalmente para estados e municípios. No caso da União, a emenda constitucional nº 29/2000 não define uma vinculação baseada no percentual de receitas federais, mas sim procura estabelecer um patamar de recursos federais a ser aplicado em saúde a partir da execução orçamentária do ano anterior, corrigida de acordo com a variação no Produto Interno Bruto (PIB) nominal.

As principais justificativas para essa mudança da proposta de emenda no que se refere ao comprometimento federal seriam, segundo os dirigentes do ministério do período, por um lado, a dificuldade de aprovação da proposta original e por outro, a eminência da reforma tributária, que dificultaria a definição de uma base estável para a vinculação²¹⁷. Entretanto, especialistas criticam essa mudança, sugerindo que a vinculação às contribuições sociais asseguraria um patamar de recursos federais para a saúde mais elevado do que o mecanismo de correção atrelado à variação do PIB, que prevalece no texto final da emenda²¹⁸.

Um outro ponto a ser considerado é que talvez o objetivo central da emenda na realidade não tenha sido a vinculação federal, mas sim o maior comprometimento dos estados no financiamento do SUS. A esse respeito, o ministro Serra aponta:

“Agora, uma razão importante dessa emenda esteve na idéia de frear a queda de contribuição para a saúde dos estados. Na medida em que o Governo Federal aumentou, os estados tendem a encolher. Como a execução é toda misturada, o eleitor não ia cobrar do governador, porque ele aparecia fazendo coisas, embora tivesse diminuído os recursos. Na verdade, o ponto central esteve realmente na vinculação dos estados. Até porque os municípios já cumpriam, mais ou menos, o que foi estabelecido”²¹⁹.

²¹⁷ Tais questões foram abordadas nas entrevistas com o ministro José Serra, com Barjas Negri e com Geraldo Biasoto.

²¹⁸ Ver Dain (2001), Faveret (2003) e Ribeiro et. al (2005). Essa questão será retomada no Capítulo 7.

²¹⁹ Entrevista com José Serra em em 28 de março de 2005.

Enfim, a ampla mobilização social e o empenho do Ministério da Saúde são decisivos para a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 no ano 2000, que estabelece pela primeira vez a vinculação de receitas para a saúde e é comemorada no setor, mesmo com críticas de alguns atores quanto às mudanças referentes ao comprometimento federal. Os embates nos anos seguintes se voltam para a busca de garantir o cumprimento da emenda pelas três esferas de governo, principalmente no que diz respeito à União e aos estados.

Mas a atuação pró-ativa da gestão Serra em questões sob o comando do Ministério da Fazenda não se restringe aos embates relativos às fontes e montante de financiamento. Outros pontos de negociação e conflitos entre o Ministério da Saúde e a Fazenda na gestão Serra dizem respeito à regulação do segmento de planos e seguros de saúde e à participação do Ministério da Saúde em algumas decisões relativas, por exemplo, à desoneração tributária de medicamentos, com vistas à redução de preços para os consumidores e governos, associada a outras estratégias como a política de genéricos e os debates sobre patentes. Na realidade, a presença de três economistas no primeiro escalão no período Serra e o expressivo peso político do ministro favorecem a entrada do Ministério da Saúde em debates até então mais restritos aos ministérios da área econômica do governo, incluindo algumas iniciativas de regulação de mercados em saúde²²⁰.

Em síntese, as políticas econômicas predominantes na década, fortemente orientadas para a estabilização monetária, a busca de superávit primário e a contenção de gastos públicos, apontam em direção oposta à expansão de políticas sociais universais como a de saúde. Isso faz com que as relações entre o Ministério da Fazenda e o da Saúde na maior parte do período de estudo sejam tensas, permeadas principalmente por conflitos referentes ao financiamento setorial. Em contextos específicos – como no governo Collor – em que o corte nos gastos públicos é atrelado à diretriz de enxugamento da Administração Federal, o Ministro da Saúde sofre pressões intensas nesse sentido. E ao longo de todo o período 1990-2002, o Ministério da Fazenda parece favorável às políticas de descentralização de atribuições para estados e municípios, ainda que as restrições impostas pelo lado do financiamento limitem o ritmo e as possibilidades da descentralização.

Se as diretrizes econômicas defendidas pelo ministério da Fazenda sugerem um dado modelo de Estado e delimitam as possibilidades de atuação estatal na política social, cabe assinalar que entre 1995 e 1998 observa-se a conformação de uma agenda de reforma

do Estado mais estruturada, com uma valorização das reformas institucionais e organizacionais, além das questões financeiras. Essa mudança se expressa na criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e na formulação da agenda para reforma do aparelho do Estado, sob o comando do ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, bem como na discussão de reformas constitucionais e legais referentes à administração pública.

A interação entre a agenda de reforma do aparelho do Estado e a política de saúde²²¹ se dá por meio de diretrizes gerais para o Estado que afetam o setor saúde – a redução do tamanho do Estado e do funcionalismo, as mudanças no papel do Estado de prestador direto para regulador, a descentralização e a adoção de novos formatos organizacionais na Administração - ou de propostas que buscam afetar mais diretamente o setor saúde, como a proposta de reforma de organização setorial formulada pelo próprio ministro Bresser Pereira, e os modelos de agências e de Organizações Sociais, propostos respectivamente para entidades responsáveis por atividades de regulação exclusivas do Estado e organizações prestadoras de atividades não-exclusivas de Estado (entre as quais os hospitais).

A relação do MARE com o Ministério da Saúde no período 1995-1996 envolve a realização de reuniões entre os dirigentes e técnicos dos dois ministérios, com vistas à aplicação da agenda de reforma proposta à saúde. Segundo dirigentes da saúde do período essas reuniões eram, em grande medida, protocolares e visavam evitar atritos internos ao governo, visto que não havia concordância do conjunto da equipe da saúde com grande parte das propostas apresentadas²²².

Na época, o Ministério da Saúde estava em fase de elaboração da NOB SUS 01/96, e teria contraposto essa proposta à apresentada pelo ministro Bresser para a reforma da organização do sistema de saúde. Já em relação ao modelo de Organizações Sociais, as opiniões dos dirigentes da Saúde eram variadas. Desta forma, não houve mobilização expressiva do Ministro da Saúde em defesa desse modelo para os hospitais federais²²³, mas

²²⁰ Essas questões serão retomadas adiante, no que se refere à relação entre a política de saúde e a política industrial, e também no Capítulo 7.

²²¹ Os pontos de contato e de conflito entre essas agendas foram analisados em maior detalhe na dissertação de mestrado da autora (Machado, 1999) e não serão aprofundados neste trabalho.

²²² Entrevista com Eduardo Levcovitz em 04 de agosto de 2005

²²³ Ressalte-se que o ministro Jatene no período incentiva a busca de novos modelos de gestão pelos hospitais federais localizados no Rio de Janeiro, face às dificuldades de financiamento e de reposição de recursos humanos. O ministro tinha experiência pessoal com o modelo das fundações de apoio no INCOR-SP em São Paulo, e vários hospitais do Rio tentam constituir esse tipo de fundação nessa época. Essas questões foram exploradas em trabalhos anteriores (Machado, 1999 e 2001).

também não houve veto às negociações para a implantação desse modelo no Instituto Nacional do Câncer, que foram intensas no período, embora sem resultados concretos. A discussão de conformação de uma agência reguladora na área de vigilância sanitária, apesar de presente no Ministério, não ganha força suficiente.

Já o ministro Albuquerque, durante sua gestão, é favorável à agenda de reforma proposta e chega a discutir no início de sua gestão junto ao MARE e à Casa Civil uma proposta de reforma administrativa e redefinição das funções do Ministério da Saúde²²⁴. O ministro também é simpático aos modelos de agência e Organizações Sociais e apóia a continuidade das negociações referentes à transformação do INCA em OS, mas esse processo não se efetiva em nenhum outro hospital federal. Quando se inicia a gestão Serra, o MARE já está enfraquecido politicamente e vem a ser extinto no início do segundo governo Fernando Henrique Cardoso.

Apesar da agenda do MARE nunca ter sido radicalmente implantada na saúde, há evidências de que ela tenha apresentado alguma repercussão sobre a gestão em saúde no âmbito federal, ainda que indireta (como o movimento de instituição de fundações privadas de apoio aos hospitais federais localizados no Rio de Janeiro em 1995-1996) ou mesmo posterior à extinção do MARE, como a criação das agências reguladoras na saúde (de Vigilância Sanitária e de Saúde Suplementar), já na gestão Serra, com características próprias.

Além disso, a agenda de reforma do aparelho do Estado federal influencia reformas no âmbito subnacional, que na saúde se expressam, por exemplo, na adaptação do modelo OS e na expansão das terceirizações da gerência de hospitais em algumas unidades da federação²²⁵.

Um terceiro aspecto da relação entre Ministério da Saúde com outras áreas de governo que merece ser explorado diz respeito à interação da política de saúde com a política industrial para o setor. A justificativa fundamental para se discutir essa relação passa, em primeiro lugar, pelo pressuposto de que a expansão do sistema público de saúde nos anos 90, baseado nos princípios da universalidade e integralidade, exige a mobilização

²²⁴ No resumo executivo da reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 25 de fevereiro de 1997, o ministro Albuquerque expõe uma proposta que teria sido discutida com a Câmara de Políticas Sociais da Casa Civil, relativa as cinco atividades básicas que o Ministério da Saúde deveria desempenhar: definição das macro-políticas de saúde, análise e estímulo a projetos e programas que contemplem necessidades regionais ou de estados; estabelecimento de um programa de financiamento regular e integrado com outros ministérios nas áreas afins; definição de um sistema de avaliação de resultados e organização do sistema de auditoria médica e contábil junto com estados e municípios.

e oferta pública de um montante expressivo de insumos e tecnologias médicas, com o objetivo de garantir o acesso universal e equitativo de milhões de brasileiros a todas as ações e serviços necessários à manutenção, promoção ou recuperação da saúde.

Além disso, é importante reconhecer a existência de um complexo médico-industrial de saúde, que expressa a penetração da lógica capitalista na área e se expande sob o incentivo do Estado desde os anos 50 (Cordeiro, 1984) e passa por importantes transformações na última década (Gadelha, 2002 e 2003). A expansão do sistema público de saúde face à universalização do direito e as características do complexo médico-industrial da saúde colocam expressivas possibilidades e desafios para a atuação do Estado no âmbito da promoção do desenvolvimento e da regulação dos segmentos desse complexo, de forma a integrar as políticas nacionais referentes ao complexo com as políticas de saúde, buscando subordinar as decisões econômicas ao objetivo ético e primordial de bem-estar da população.

No que concerne à promoção do desenvolvimento, Gadelha (2002) argumenta que o complexo da saúde representa uma área estratégica para a atuação do Estado, pela sua alta relevância econômica e social, assim como defende a maior integração entre as diretrizes da política industrial, tecnológica e comercial referentes ao setor saúde e os objetivos da política nacional de saúde. Para esse autor, a implementação do Sistema Único de Saúde a partir de 1990 oferece, em tese, uma oportunidade de desenvolvimento da indústria nacional referente ao setor saúde; e por outro lado, a expansão da indústria nacional nessa área sob regulação estatal poderia ser um elemento importante para a expansão e redução da vulnerabilidade das políticas públicas de saúde.

Resta, portanto, analisar, se houve no período do estudo uma interação virtuosa entre essas duas políticas, o que requer a consideração: (a) das principais características da política industrial, tecnológica e comercial referentes ao setor saúde no período; (b) do grau de confluência e interação entre essa política e a política de saúde, considerando, entre outras questões, a relação entre o Ministério da Saúde e a área do governo responsável pela política industrial.

Quanto ao primeiro aspecto, Gadelha (2002) aponta que na área de política industrial observa-se no Brasil uma grande desestruturação do aparelho estatal nos anos 90. Especificamente em relação aos segmentos industriais do complexo da saúde, o autor destaca que, a política de abertura comercial em conjunto com a passividade da política

²²⁵ A respeito da proliferação de modelos de gestão alternativos à administração direta em hospitais públicos,

industrial e tecnológica, mostram-se extremamente danosas para o país, levando à perda da competitividade do complexo da saúde e movimento de reespecialização produtiva e tecnológica das indústrias da saúde, com um *downgrade* tecnológico na maior parte dos segmentos (com possível exceção do segmento das vacinas).

Assim, paralelamente à expansão da oferta e da cobertura dos serviços de saúde em todo o país, predomina na década de 90 uma estagnação da indústria nacional de relevância para o setor saúde. Essa combinação, associada ainda às características internacionais desses mercados e às tendências da assistência médica de expansão do uso de tecnologias, leva a um aumento expressivo das importações de insumos e tecnologias da área de saúde, com um déficit progressivo na balança comercial referente a esses itens. Para Gadelha (2002 e 2003), a situação atual se mostra crítica não apenas para a política industrial, tecnológica e comercial do país, mas também aumenta a vulnerabilidade da política pública de saúde.

Também no presente estudo a distância – e mesmo as incongruências - entre a política de saúde e a política industrial referente ao setor e a baixíssima governabilidade do ministério da Saúde sobre questões relativas ao segmento de indústrias de saúde foram apontadas por todos os ministros de saúde do período entrevistados – de Alcení Guerra a Barjas Negri-, bem como por outros dirigentes do ministério. Durante toda a década de 90, o ministério da Saúde praticamente não participa de decisões referentes à política industrial para o setor.

Por outro lado, as definições do Ministério da Saúde sobre a política e a conformação do sistema público de saúde podem afetar de forma expressiva a demanda dessas indústrias. Além disso, a influência mais direta do Ministério da Saúde se restringe na maior parte da década à produção de insumos (medicamentos, reagentes, vacinas) pelos laboratórios públicos e às decisões relativas às compras diretas de bens, principalmente medicamentos, que até 1997 se dá por meio da Central de Medicamentos (CEME). Ainda assim, o poder do Ministério da Saúde no que tange às indústrias estratégicas e regulação de insumos relevantes para a saúde tem limitações políticas, financeiras e administrativas, como expressa o primeiro ministro do período:

“Caminhavam de forma separada e era um sistema absolutamente fechado. Era do Estado antigo brasileiro a indústria farmacêutica, equipamentos e insumos vitais da Saúde era absolutamente protegida, era

absolutamente fechada. E a defasagem de preço que o consumidor brasileiro pagava era uma coisa horrorosa [...]

A CEME foi transformada em uma companhia por indicação da parte econômica do presidente e nós tomamos a decisão de usar a capacidade de compra da CEME para expandir a indústria nacional, para criar uma indústria nacional de medicamentos.[...] O Ministro da Saúde, no Brasil, dizer que ele tem influência sobre a CEME e a política de medicamentos no Brasil é uma falácia. Ele não tem esse poder.”²²⁶

No entanto, como já foi falado, desde o início da década de 90 ocorre uma abertura importante da economia e crescimento das importações de insumos para a saúde, associada à estagnação da indústria nacional (na maior parte dos segmentos do complexo da saúde), ainda que alguns laboratórios públicos tenham expandido a sua produção de insumos específicos. A CEME, que passa por problemas importantes de gestão durante a década, é extinta em 1997.

A partir de 1998, com a extinção da CEME e a intensificação da descentralização de algumas políticas, há algumas mudanças na atuação do Ministério da Saúde quanto às questões referentes aos insumos estratégicos para a saúde. Observam-se tentativas de ampliação da atuação do ministério na regulação de preços de medicamentos e da qualidade dos produtos, por meio, por exemplo, das políticas de genéricos e da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com alguma repercussão sobre segmentos da indústria nacional, particularmente de medicamentos²²⁷.

Algumas dificuldades na articulação da política de saúde com a política industrial para o setor ao longo do período 1990-2002, identificadas pelos entrevistados foram: o alto grau de internacionalização e oligopolização desses segmentos industriais; os insuficientes investimentos em pesquisa e desenvolvimento no Brasil; as limitações da indústria de farmoquímica e de tecnologias médicas no Brasil, pressionando as importações; a abertura da economia nos anos 90; a retração e/ou a ociosidade da indústria nacional de relevância para a saúde; a fragmentação entre as áreas do Governo Federal; e a não priorização desse segmento pelas áreas do Governo responsáveis pela política industrial. O próprio ministro Serra afirma:

²²⁶ Entrevista com Alcení Guerra em 16 de julho de 2004.

²²⁷ Essas questões serão retomadas no Capítulo 7, em que se faz um balanço da atuação do Ministério da Saúde em seus vários campos de atuação. No presente item, procurou-se enfatizar as questões referentes às relações entre o Ministério da Saúde e a área do governo responsável pela política industrial.

“Nesse aspecto, política industrial na área da saúde, não houve maior mobilização do resto do governo. O governo estava envolvido em outras prioridades, outras coisas que apareciam para eles como mais prementes. De fato, eu sempre tive claro que, por exemplo, a implantação dos genéricos era uma medida de política industrial, na medida em que força a concorrência dentro do setor [...] Acho que a indústria nacional se fortaleceu com os genéricos. Isso é indiscutível. Agora, o setor é internacionalizado: 80% praticamente é capital estrangeiro.”²²⁸

A possibilidade de a política de genéricos impulsionar em alguma medida a produção nacional foi também identificada por outros entrevistados²²⁹ e é apontada por Gadelha (2002). Entretanto, o ponto central dessa política parece ter sido a redução de preços de compra dos medicamentos para os consumidores e os governos. As limitações do Ministério da Saúde interferir na indústria farmacêutica nacional são também apontadas por Barjas Negri:

“A indústria farmacêutica nacional estava posta, com uma capacidade ociosa terrível. Tanto é que você passa por dificuldades pelo processo de fusão, de compras, no período mais recente. Aí não teve... Essas empresas tinham autonomia de vôo. Se instala uma fábrica, ou não, independentemente do Ministério da Saúde. A discussão sempre ocorria se vai ou não vai produzir genérico, se vai ou não vai quebrar patente, se vai ou não vai fazer modificação dos similares, transformar tudo em genérico.”²³⁰

O potencial de articulação virtuosa da política de desenvolvimento industrial com a de saúde é reconhecido pelo então Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde, Geraldo Biasoto. O Secretário, entretanto, relata dificuldades expressivas de articulação entre as áreas de governo nesse sentido e assim como as demais autoridades do período, valoriza o papel da política de genéricos para a indústria nacional:

“Infelizmente, sempre foi muito difícil para o Governo Federal, a gente ter alguma coisa para a política industrial. [...] O problema é que o governo é muito fragmentado. Então, chamar o BNDES para um tipo de reunião, conversa como essa, com indústria, nós e o Ministério de Desenvolvimento sempre foi uma complicação. A gente tentou muito

²²⁸ Entrevista com José Serra em 28 de março de 2005.

²²⁹ Incluindo o ex-ministro Jamil Haddad, um defensor dos genéricos em sua administração; o ex-ministro Barjas Negri e o secretário de gestão de investimentos em saúde na gestão Serra, Geraldo Biasoto.

²³⁰ Entrevista com Barjas Negri em 29 de dezembro de 2004.

tempo, até que um dia eles vieram. Foi uma conversa boa, mas... [...] No fim, a grande política industrial foi feita. Uma política que foi feita de outro jeito, mas pode dar frutos no futuro. Foi a política dos genéricos.”²³¹

Ressalte-se que este é o único dirigente entrevistado que chega a abordar a atuação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) no que diz respeito ao setor saúde, mencionando em particular as limitações das linhas de financiamento existentes, e ressaltando que a ação do Banco poderia ser mais abrangente e planejada, em sintonia com as diretrizes da política de saúde²³².

A pesquisa de campo realizada neste estudo corrobora as evidências apresentadas em outros trabalhos de que, ao longo do período 1990-2002, predomina um distanciamento entre a trajetória da política nacional de saúde, de caráter expansivo face à universalização, sob responsabilidade gestora do Ministério da Saúde; e a política industrial referente aos insumos e tecnologias relevantes para a saúde, geralmente sob responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio, que apresenta limitações importantes. Mesmo em momentos em que o Ministério da Saúde expande sua ação indutora ou reguladora por meio de políticas específicas, a pouca articulação entre os dois ministérios é evidente.

Portanto, a análise das relações do Ministério da Saúde com as áreas de governo responsáveis pela política econômica, pela reforma da Administração Federal, e pela política industrial referente ao setor saúde no período 1990-2002 não mostra a princípio uma sintonia favorável à implantação do Sistema Único de Saúde. Ao contrário, as restrições financeiras, as mudanças propostas para a Administração e as características da política industrial, sob condução de outros ministérios no período, colocam tensões e limites para o avanço da política pública de saúde.

É dentro desses limites que se movimenta o Ministério da Saúde, seja reagindo às restrições, adaptando-se ao contexto do governo ou em alguns momentos propondo políticas pontuais que buscam avançar além de seu campo estrito de atuação, porém com

²³¹ Entrevista com Geraldo Biasoto em 31 de agosto de 2004.

²³² Gadelha (2002) também sugere como uma medida interessante a expansão das linhas de financiamento do BNDES para as entidades, órgãos e serviços estatais, o que na ocasião seria vetado pelas regras do Banco Além das linhas de financiamento direto ou indireto para investimentos (principalmente compras de equipamentos) para empresas e prestadores da área da saúde, privados e filantrópicos, o BNDES também tem uma linha de atuação na área social, que eventualmente destina recursos para programas e pesquisas em saúde. No entanto, não foi possível na presente pesquisa investigar a atuação do BNDES no setor saúde, o que representaria um estudo à parte.

pouca governabilidade e participação em questões de grande relevância para a política de saúde.

No que concerne à integração da política de saúde com as outras políticas sociais, as limitações também são expressivas. Em que pese a inscrição constitucional da Saúde no âmbito de uma concepção de Seguridade Social – que compreenderia também as políticas de Previdência e Assistência Social – no período 1990-2002 predomina uma trajetória fragmentada dessas políticas. Observa-se mesmo uma competição entre os ministérios da área social pelos recursos disponíveis, uma vez que o Orçamento da Seguridade Social não se concretiza tal como havia sido proposto, e as pressões por contingenciamento e cortes nos gastos sociais são marcantes ao longo da década. Um exemplo disso são os conflitos entre Saúde e Previdência entre 1990 e 1993, relacionados à redução e posterior interrupção do aporte de recursos oriundos da arrecadação sobre a folha de salários para a Saúde.

Quanto aos outros ministérios da área social, a situação não é melhor. A relação entre o Ministério da Saúde e o da Educação, por exemplo, é distanciada em todo o período, dificultando o cumprimento do dispositivo legal de responsabilidade do Ministério da Saúde na ordenação da formação de recursos humanos para o SUS. A interação entre as duas áreas em geral é pontual, como nos casos de constituição dos pólos de capacitação em saúde da família já no final da década (que exige parcerias dos gestores da saúde com universidades), em negociações pontuais sobre os hospitais universitários federais (em geral com as próprias entidades representativas dos hospitais), em campanhas de promoção da saúde e prevenção de agravos (parcerias com escolas) e em outros programas ou questões específicas.

A trajetória fragmentada das políticas sociais e a competição por recursos entre áreas são fatores adversos à consolidação de um sistema de proteção social no Brasil nos anos 90, resultantes e ao mesmo tempo agravantes de uma situação de fragilidade das políticas sociais em face de um modelo econômico adverso ao bem-estar social.

Em síntese, a análise das relações entre o Ministério da Saúde com outros ministérios sugere uma limitada articulação do gestor da saúde com outras áreas do Governo Federal estratégicas para o avanço da política pública de saúde tal como proposta pela agenda da reforma sanitária brasileira. Mais do que isso, sugere que o modelo hegemônico para a atuação do Estado no desenvolvimento econômico e social e a direcionalidade dos projetos de governo no período são distantes ou mesmo contrários à noção de proteção social ampla e ao projeto do SUS.

Nesse contexto adverso, cabe questionar se, considerando o conjunto do período de estudo: (1) o Ministério da Saúde conduz a política de saúde em um relativo, ou talvez ilusório, insulamento em relação ao restante do governo, visto que a saúde sofre as conseqüências do modelo de Estado preponderante e dos projetos dos governos; (2) a atuação do ministério se insere em um espaço delimitado pelo modelo de Estado e os projetos dos governos, de forma compatível com esses projetos ou sem tensioná-los substantivamente, o que seria desfavorável ao projeto do SUS; ou (3) a atuação do Ministério da Saúde, a despeito das restrições do contexto, abre possibilidades e brechas para transformações e avanços mais substantivos da política de saúde.

A relação do Ministério da Saúde com os gestores estaduais e municipais

Como já foi dito, a descentralização de políticas públicas representa uma tendência marcante nas reformas dos Estados Nacionais nas últimas décadas. No que concerne às políticas sociais, os processos de descentralização colocam novos desafios em termos da cidadania e dos valores de solidariedade nacional, que têm sido encarados de forma diferente pelos países. No caso dos países federativos, em especial nos muito heterogêneos, a implementação de políticas públicas de caráter descentralizado, requer a existência de mecanismos de coordenação e cooperação entre esferas de governo.

No Brasil, as alterações no desenho federativo pela Constituição de 1988 implicam mudanças substantivas para as diversas políticas públicas nos anos 90. No que tange às políticas sociais, impõe-se a necessidade de construção de uma nova institucionalidade que considere os desafios de ampliação dos direitos, descentralização com coordenação federativa e democratização na gestão.

O texto constitucional referente à saúde expressa o esforço de construção de um arranjo federativo para o SUS, à medida que, à luz dos princípios de universalidade e atendimento integral, propõe um sistema único e ao mesmo tempo descentralizado, a ser estruturado a partir da articulação das lógicas de organização sistêmica e político-administrativa. Propõe-se a noção de direção única em cada esfera de governo, que na ocasião tem o sentido de integração horizontal (entre órgãos no âmbito federal) e vertical (entre os níveis federal, estadual e municipal). A legislação do SUS procura avançar um pouco mais na definição de atribuições comuns e específicas dos três gestores e explicita a existência de responsabilidades compartilhadas e de competências concorrentes.

Ao assumir a direção única nacional do SUS, um sistema público e universal fortemente orientado por uma lógica federativa com ênfase na municipalização, o

Ministério da Saúde se depara ao início dos anos 90 com uma série de desafios relacionados à construção de sua nova identidade. Além das questões normativas a respeito do papel a ser assumido pelo ministério, as diretrizes de descentralização e de participação social impõem novas características também ao próprio processo de construção da política nacional de saúde, não mais uma atribuição isolada do gestor federal.

Portanto, entre 1990 e 2002, ocorrem mudanças importantes nas relações intergovernamentais em saúde no plano nacional, podendo-se apontar três características marcantes no período. A primeira é que o Ministério da Saúde, face à trajetória de centralização anterior da política de saúde e o peso federal no financiamento setorial, assume um papel importante na condução e na regulação do próprio processo de descentralização e na coordenação federativa da política de saúde. A segunda é que os estados e municípios passam a ter um protagonismo não somente na gestão dos sistemas de saúde em seu âmbito territorial, mas também em alguma medida na própria definição da política nacional de saúde, por meio de canais formais e informais. A terceira é que, em decorrência das duas anteriores, as relações entre gestores no plano nacional oscilam entre cooperação e conflito. Tais conflitos se relacionam principalmente à definição do grau de compartilhamento das decisões sobre a política; definição do papel de cada esfera e grau de centralização/descentralização (de poder decisório, responsabilidades e recursos); balanço entre normalização federal e autonomia de estados e municípios na definição de políticas; critérios de alocação e de repartição de novos recursos federais e tipos de transferências de recursos federais (transferências condicionadas/vinculadas versus transferências livres).

Importa, portanto, compreender como o Ministério da Saúde no período 1990-2002 interage com os gestores estaduais e municipais de saúde na definição da política no âmbito nacional, com destaque para as seguintes questões: (a) as estratégias e mecanismos de coordenação federativa adotados no âmbito nacional; (b) as diferentes possibilidades de influência e os limites à participação de estados e municípios na definição da política nacional; (c) o grau de assimetria ou simetria entre gestores na definição das políticas nacionais; (d) as coalizões de poder entre MS, gestores estaduais e municipais preponderantes ao longo do período e em cada momento.

A principal estratégia de coordenação federativa no âmbito da formulação e definição da política nacional de saúde nos anos 90 diz respeito à existência da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)²³³, formada paritariamente por representantes do Ministério

²³³ O trabalho de Miranda (2003) traz uma análise detalhada do processo decisório na CIT até o ano 2001.

da Saúde, dos estados (indicados pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS) e dos municípios (indicadores pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS). A CIT começa a funcionar de forma esporádica em 1991, como um fórum de negociação de caráter mais técnico entre as três esferas, e tem seu papel valorizado pela Norma Operacional Básica de 1993²³⁴. Entre 1993 e 2002 essa instância se consolida como canal fundamental de debate e negociação sobre os temas relevantes da política nacional de saúde, promovendo a participação de estados e municípios na formulação desta política através dos seus conselhos de representação nacional e incentivando a interação permanente entre gestores do SUS das diversas esferas de governo e unidades da federação.

A CIT é uma instância política de negociação e estabelecimento de pactos entre gestores, que trata de questões relevantes no que tange à definição da política nacional, à divisão de papéis entre esferas de governo e ao processo de descentralização em saúde. O funcionamento da CIT não é regulado por Lei, e portanto, a CIT não tem a atribuição legal de deliberação sobre a política de saúde, diferentemente do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, na prática a CIT constitui-se em um espaço formal de decisões por consenso entre as três esferas de governo, abrangendo temas relevantes para a gestão descentralizada do SUS. Sendo assim, ao longo do período estudado, observam-se tensões referentes aos âmbitos de atuação do Executivo Federal, da CIT e do Conselho Nacional de Saúde na definição da política nacional²³⁵.

Um primeiro aspecto a ser considerado na relação entre o Ministério da Saúde e a CIT diz respeito à participação do ministério nessa instância, considerando a definição da responsabilidade de coordenação, da representação formal do MS, a frequência dos

²³⁴ A CIT foi inicialmente criada pela portaria ministerial nº 1180, de 22/07/91, como uma “comissão técnica” voltada para “discutir e elaborar propostas para a implantação e operacionalização do SUS, incluindo as questões de gerenciamento e financiamento”, em resposta à uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução nº 02 de 26/04/91 e depois formalizada pela NOB/93, como referido no capítulo 3. Sobre a criação e funcionamento inicial da CIT, ver Almeida e Caldas (1996) e Miranda (2003).

representantes das áreas e a participação (ou não) do Ministro da Saúde. Uma síntese dessas informações é apresentada no Quadro 4.5, que traz ainda os principais temas tratados na CIT no período.

²³⁵ Essas tensões foram relatadas em várias entrevistas do presente estudo, e já foram apontadas por outros autores, como Miranda (2003).

Quadro 4.5 – Participação do Ministério da Saúde e principais temas debatidos na CIT de 1991 a 2002.

Gestão/ Períodos	Periodicidade	Coordenação	Representação oficial do MS	Participação da representação do MS	Participação do Ministro	Principais temas
Alceni Guerra						
1991 a Jan/1992	Eventual	Sem registro	1 técnico INAMPS-MS	Técnicos INAMPS-MS	Sem registro	UCA, AIH, NOBs 91 e 92
Adib Jatene (1ª)						
Fev a Nov/1992	Eventual	Sem registro	1 técnico INAMPS-MS	Técnicos INAMPS-MS	Sem registro	UCA, AIH, NOB 92
Jamil Haddad						
Fev a Ago/1993	Quinzenal	Secretário Executivo	Sem registro	SE (em todas) SAS (em todas)	1 (Fev/ 1993)	UCA, AIH, diretrizes para a descentralização Tema do Ministro: ampliar debate e apoio à descentralização
Henrique Santillo						
Set e out/1993	Quinzenal (houve apenas 2 no período)	Secretário Executivo	1 SE 1 SAS 1 FUNASA	SAS (nas duas) SE (em uma)	Sem registro	UCA, AIH, descentralização GED, auditoria (e conflitos com auditores do ex-INAMPS)
Nov/1993 a Dez/ 1994	Quinzenal	Secretário de Assistência à Saúde	2 SAS 1 FUNASA A partir de jun/94: 1 SAS 1 FUNASA 1 SVS	SAS (em todas) FUNASA (na maioria)	Sem registro	NOB 93; Condições para efetivação dos repasses fundo a fundo (financeiras e legais) Tabelas SUS Tetos físicos e financeiros
Adib Jatene (2ª)						
1995-1996	Mensal	Secretário Executivo	1 SE 1 SAS 1 FUNASA 1 SVS A partir de set/95: 1 FIOCRUZ	SE (em todas) SAS (em todas) FUNASA (a maioria) SVS (a maioria) FIOCRUZ (em parte)	3 (em 1995)	Habilitações na NOB 93; conteúdo NOB 96 (critérios, PAB, PSF); Orçamento, tetos, tabela SIH-SIH; Controles das internações/ críticas AIH, Auditoria; REFORSUS Temas do Ministro: controles de internações, CPMF
Carlos Albuquerque						
Fev a Jun/1997	Mensal (houve maior espaçamento no período)	Secretário de Assistência à Saúde	1 SAS 1 SE 1 FUNASA 1 SVS 1 FIOCRUZ	SAS (em todas) SE (a maioria) FUNASA (em todas) SVS (em todas) FIOCRUZ (em algumas)	1 (Fev/1997)	Regulamentação da NOB 96, financiamento PAB, Tabelas SUS REFORSUS Tema do Ministro: Reforma Administrativa e funções MS

Jul/1997 a Mar/1998	Mensal	Secretário de Políticas de Saúde e Avaliação	1 SPSA 1 SAS 1 SE 1 FUNASA 1 SVS	SPS (em todas) SAS (em todas) SE (em todas) FUNASA (na maioria) SVS (em todas)	Sem registro	Regulamentação NOB 96, financiamento PAB Tabela SUS Tetos financeiros Atribuições das 3 esferas na vigilância epidemiológica e sanitária (em poucas)
José Serra						
Abr/1998 a Jan/2000.	Mensal	Secretário de Políticas de Saúde	1 SPS 1 SAS 1 SE 1 FUNASA 1 SVS/ANVS	SPS (na maioria) SAS (em todas) SE (na maioria) FUNASA (em parte) SVS (em parte)	Sem registro	Habilitações NOB 96 Atenção Básica (financiamento PAB, PSF; Manual AB, SIAB) Operacionalização de portarias MS (campanhas, alta complexidade, urgência/emerg.) Assistência farmacêutica Execução orçamentária Descent. epidemiologia (em poucas)
Fev/2000 a Fev/2002	Mensal	Secretário Executivo	1 SE 1 SAS 1 SPS 1 FUNASA 1 ANVS	SE (em todas) SAS (em todas) SPS (em todas) FUNASA (na maioria) ANVS (na maioria)	Sem registro	Regionalização da Assistência e NOAS; Financiamento (incentivos, FAEC); Atenção Básica (financiamento, PSF, farmácia básica); sistemas de informações; assistência ambulatorial e hospitalar; Descent. Epidemiologia
Barjas Negri						
Mar/2002 a Dez/2002	Mensal	Secretário Executivo	1 SE 1 SAS 1 SPS 1 FUNASA 1 ANVS	SE (na maioria) SAS (em todas) SPS (em todas) FUNASA (em todas) ANVS (na maioria)	1 (Jun/2002)	Habilitações NOAS; Atenção Básica; Descentralização Epidemiologia Temas do Ministro: Controle da dengue e REFORSUS

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de análise de documentos da CIT de 1993 a 2002 (atas, sumários executivos e outros), entrevistas, e de informações de Almeida e Caldas (1996).

Conforme já mencionado, o funcionamento da comissão intergestores no período 1991-1992 foi mais irregular e precário e a portaria ministerial que nomeia a comissão em novembro de 1991 estabelece um representante por esfera de governo. Nessa fase, predomina a participação de técnicos do MS junto a gestores estaduais e municipais, na discussão de questões de financiamento sob a condução do INAMPS/SNAS.

Ao longo de todo o período de funcionamento regular da CIT (1993-2002), um aspecto a ser ressaltado é a rara participação do Ministro da Saúde nas reuniões. O ministro que compareceu um maior número de vezes foi Adib Jatene (3 comparecimentos em 1995). Jamil Haddad, Carlos Albuquerque e Barjas Negri (como ministro) compareceram cada um uma única vez durante suas gestões. Não foram identificados registros do comparecimento de outros dois ministros – Henrique Santillo e José Serra - às reuniões da CIT. A pouca participação dos ministros na CIT reitera o caráter delimitado de atuação dessa instância, no que tange à deliberação sobre questões estratégicas e à direcionalidade da política nacional de saúde.

A responsabilidade pela coordenação da CIT é atribuída na maior parte do período à Secretaria Executiva (de fevereiro a outubro de 1993; em 1995 e 1996; de fevereiro de 2000 a dezembro de 2002), o que em alguns momentos é justificado pelo papel dessa secretaria no debate de temas das diversas áreas do ministério²³⁶. Em outros períodos a coordenação da CIT é escolhida em função da definição da área do ministério mais diretamente responsável pela condução da política de descentralização e pela interlocução com os demais gestores do sistema. Isso ocorre, por exemplo, no ano de 1994, em que as discussões dessa instância se voltam eminentemente para a municipalização dos recursos da assistência, por meio da implantação da NOB SUS 01/93, sob coordenação do Secretário de Assistência à Saúde. Também no início de 1997 a coordenação da CIT é assumida poucos meses pela SAS, porém, em julho de 1997 é transmitida ao titular da recém-criada Secretaria de Políticas de Saúde e Avaliação – que assume a coordenação do

²³⁶ Isso é alegado, por exemplo, pelo ministro Adib Jatene, ao justificar a mudança da coordenação da CIT, segundo ata da primeira reunião da CIT de sua gestão, em 10 de janeiro de 1995.

processo de descentralização²³⁷, com quem permanece até janeiro de 2000, quando volta à Secretaria Executiva²³⁸.

Cabe ressaltar entretanto que, qualquer que seja o coordenador da CIT, a Secretaria de Assistência à Saúde é a que mais participa das reuniões considerando o período 1993-2002, seja no que tange ao comparecimento dos seus representantes oficiais em praticamente todas as reuniões, seja na composição da pauta, apresentação e discussão de temas, como pode ser visto no Quadro 4.5. A participação da Secretaria Executiva é importante nos períodos em que esta secretaria exerce a coordenação, mas também em outros momentos, particularmente no que diz respeito ao debate de questões orçamentárias e financeiras. A Secretaria de Políticas de Saúde também tem uma participação expressiva em todo o seu período de funcionamento, seja como coordenadora da descentralização e da CIT (de 1997 a 1999), seja em função da coordenação das políticas de Atenção Básica (de 2000 a 2002). Já os representantes da Fundação Nacional de Saúde e da Secretaria de Vigilância Sanitária (e depois da Agência Nacional de Vigilância Sanitária) têm uma participação variável na primeira metade da década, que se torna mais regular a partir de 1995, em termos de frequência e mais intensa a partir de 1997, em termos de composição da pauta e dos debates, principalmente no que se refere a FUNASA.

Os principais temas tratados pela CIT nos anos 90 dizem respeito às diretrizes, estratégias e instrumentos de descentralização e mecanismos de transferência de recursos federais, com uma centralidade importante das questões referentes à assistência. Temas relacionados aos sistemas de informações, auditoria, controle e avaliação também são frequentes, com maior destaque após 1995. A partir de 1998, aos poucos, questões relativas às áreas de Epidemiologia e Controle de Doenças e Vigilância Sanitária aparecem com mais frequência nas pautas e discussões, em função da ampliação do debate sobre o papel das esferas de governo e início dos processos de descentralização nesses dois campos e também da reestruturação do ministério (no caso da criação da ANVS).

²³⁷ Ressalte-se também que em alguns momentos o próprio perfil dos dirigentes pode influenciar a definição da responsabilidade de condução formal da descentralização e da coordenação da CIT. Em 1997, o Secretário Executivo Barjas Negri e o secretário de Assistência Antônio Werneck assumem seus cargos sem experiência prévia no MS e na CIT; já o novo secretário de Políticas e Avaliação, Álvaro Machado, havia participado anteriormente da CIT como representante da FUNASA e também do debate sobre a elaboração da NOB SUS 01/06.

²³⁸ Como mencionado no Capítulo 3, no início de 2000 há mudanças na estrutura administrativa do MS, e a responsabilidade pela condução da descentralização da assistência volta para a SAS. Como nesse período se intensifica a descentralização em outras áreas do MS – epidemiologia e vigilância sanitária – é compreensível a transferência da responsabilidade de coordenação da CIT para o secretário Executivo Barjas Negri, há três anos no cargo, que poderia responder pelo conjunto do ministério.

Vale ainda ressaltar que, a partir de 1998, embora mantendo as características gerais descritas, ocorre uma expansão e diversificação de assuntos tratados no âmbito da CIT. Se isso pode ter um lado positivo relacionado à ampliação da agenda da política nacional e das questões referentes à gestão do SUS a serem debatidas entre as esferas de governo em um momento mais avançado da descentralização, por outro lado a lotação da pauta da CIT reflete em grande medida a expansão da ação de normatização federal e a multiplicação de programas e incentivos financeiros conduzidos principalmente pela SAS e pela SPS. Os resultados da pesquisa de campo²³⁹ realizada sugerem que, no período estudado, o Ministério da Saúde é o principal responsável pela elaboração da pauta da CIT e que em muitas ocasiões as decisões do Ministério sobre a adoção de determinadas políticas ou estratégias nacionais antecedem ou pouco dependem dos debates na CIT, mesmo no caso de medidas que afetam bastante os estados e municípios.

Tais questões também foram registradas no estudo de Miranda (2003), que sugere uma certa *unidirecionalidade* na definição da agenda política de discussão da CIT por parte do Ministério da Saúde. O autor aponta ainda que muitas questões são levadas para a CIT apenas para legitimação de decisões previamente tomadas, ou para debate da operacionalização de propostas do MS, principalmente a partir de 1998.

A questão da assimetria de poder nas relações entre gestores na definição da política nacional foi reconhecida por vários dirigentes federais de primeiro escalão e por representantes de outras esferas de governo entrevistados. Como aponta um dirigente federal:

“O espaço da tripartite...essa forma como espaço de relacionamento do ministério com estados e municípios, em determinados momentos, é um espaço que confunde e trava o processo. Cria uma dificuldade grande a relação com estados e municípios. Precisava se repensar um pouco isso aí. Até porque essa coisa que é paritária não é verdadeira, ou seja, não assegura uma distribuição eqüitativa de poder. Nos últimos tempos tenho usado muito uma imagem de que ‘vamos fazer uma comissão paritária de seis raposas e seis galinhas para discutir o problema no galinheiro’. É uma divisão horrorosa de poder. Em determinados momentos o ministério pode tranquilamente impor sua vontade sobre estados e

²³⁹ No caso, por meio de observação participante como técnica do MS em exercício no Departamento de Descentralização da SAS no período 2000-2002; análise de documentos da CIT, do MS, do CONASS e do CONASEMS; e realização de entrevistas com autoridades federais, estaduais e municipais do período.

municípios pela tripartite [...] Essa relação é sempre tensa, mas tem sido muito produtiva.”²⁴⁰

Outro dirigente federal, que participa das negociações com outros gestores e desempenha um papel importante na relação do Ministério da Saúde com outras áreas do Governo Federal, ressalta a importância da CIT na operacionalização das propostas e mesmo no apoio e fortalecimento do Ministério da Saúde:

“A Comissão Intergestores Tripartite era importante nas normatizações. Para você pactuar o valor do PAB, pactuar como vai ser feito o PAB fixo. Mesmo com conflito, que sempre tinha porque faltava dinheiro, faltava isso, faltava aquilo. Achavam que o ministério queria mandar muito. Mas, sempre se juntou a favor do Sistema Único de Saúde. Pela forma como o ministério trabalha, de descentralizar, a tripartite sempre tinha o papel importante. Ela decidia e no dia seguinte já estava descentralizando recursos. Porque se discutia na tripartite a norma de operacionalizar as coisas. O CONASS teve um papel importante. O CONASEMS teve um papel... Esses atores todos fizeram com que o Ministério da Saúde fosse um pouco mais forte.”²⁴¹

A maior parte dos entrevistados aponta como um dos principais motivos para a assimetria de poder nas relações intergovernamentais no plano nacional o fato de a maior parcela de financiamento do SUS ser de recursos federais. Na realidade, um ponto freqüente de embates diz respeito à noção de *recursos federais* versus *recursos nacionais do SUS*, com o último termo sendo por vezes usado para defender um maior compartilhamento das decisões sobre a alocação desses recursos entre os gestores²⁴².

Nesse contexto de assimetria de poder, com preponderância do ministério da Saúde na condução da política e da discussão intergovernamental, muitas vezes os gestores adotam uma posição pragmática de propor ajustes e negociar as melhores condições para a implementação das propostas federais. Isso não significa que os gestores estaduais e municipais tenham uma posição passiva. Como destaca uma técnica do ministério que assessora a CIT na maior parte da década:

“Não foi por falta de pressão do CONASS e o do CONASEMS que a tripartite, em alguns momentos, não funcionou como um fórum de pactuação que pudesse definir algumas políticas. É porque, o Ministério

²⁴⁰ Entrevista com Renilson Rehem de Souza em 24 de maio de 2004.

²⁴¹ Entrevista com Barjas Negri em 29 de dezembro de 2004.

da Saúde, em alguns momentos, decidiu que ele é quem definiria algumas coisas.”²⁴³

De fato, a pesquisa de campo realizada revelou episódios de protestos incisivos quanto à forma de condução da política pelo ministério e a insuficiente negociação com os gestores²⁴⁴, insistências em introduzir na pauta temas cuja discussão o ministério evita, questionamentos ou mesmo resistências a determinadas propostas, algumas vezes conseguindo levar a mudanças na posição do MS²⁴⁵.

Outro aspecto relevante para a análise das relações entre o ministério e os gestores estaduais e municipais na definição da política nacional se refere ao processo político de negociação e decisão preponderante na CIT e também fora dessa instância. Miranda (2003) sinaliza a importância dos espaços informais de negociação, sendo que geralmente as questões são levadas para que se firmem acordos formais na reunião da CIT somente depois de debatidas e ajustadas entre as partes. Quando isso não ocorre de forma suficiente antes da reunião da CIT, muitas vezes as decisões são postergadas para a reunião seguinte, visando um maior tempo de debate entre os gestores, algumas vezes mediado pela atuação de grupos técnicos tripartites.

Entretanto, há situações em que a obtenção de consenso não é possível, sendo relatadas por alguns dos entrevistados situações de imposição de propostas por parte do Ministério da Saúde. O coordenador da secretaria técnica do CONASS sintetiza bem as possibilidades e limitações da CIT no que concerne à influência na condução da política nacional:

“Considero a tripartite um dos maiores achados em termos de êxito na condução política porque não é a idéia de se criar um espaço de consenso, é a prática de se construir isso com bastante ética. O grau de obtenção de consenso na tripartite é enorme. Se você analisar não só as atas, mas

²⁴² Esse argumento é usado por Gilson Carvalho (resposta a roteiro enviada por e-mail para a pesquisadora em 06 de janeiro de 2005; e Carvalho, 2001 e 2002); e também por gestores de outras esferas entrevistados.

²⁴³ Entrevista com Lourdes Almeida em 14 de junho de 2004.

²⁴⁴ Por exemplo, no sumário executivo da reunião da CIT de maio de 1999, consta que CONASS e CONASEMS pedem a suspensão da reunião e solicitam audiência com o ministro Serra em função das dificuldades crescentes das três esferas implantarem soluções efetivamente negociadas e pactuadas. Há ainda freqüentes registros de protestos e solicitações por parte do CONASS e CONASEMS no âmbito da CIT de adiamento de decisões em função do desconhecimento de propostas do MS até a véspera da reunião, ou mesmo em relação a questões relevantes que não foram debatidas com o CONASS e o CONASEMS nem levadas para a CIT.

²⁴⁵ Na presente pesquisa, um exemplo disso registrado pela autora, diz respeito às mudanças operadas entre a primeira e a segunda versão da NOAS, como a flexibilização dos critérios de comando único e de disponibilidade mínima de serviços de média complexidade em um mesmo município, para a conformação

principalmente as implementações de políticas definidas depois. Lembro muito do Adib falar sobre isso, que não importava tanto o fato das medidas serem legais, quanto o de elas serem legitimadas [...] A questão da tripartite enquanto poder, enquanto capacidade, alternou muito. Quanto mais segura a direção do ministério em determinados momentos e quanto mais premiada por demandas políticas nacionais, as questões que iam à tripartite eram menos importantes [...] Eu sou cuidadoso com isso porque é claro que o Governo Federal, qualquer que seja, ganhou uma eleição e tem suas políticas para implementar...tem um papel redistributivo ou indutor de políticas a cumprir [...]. Os piores momentos da tripartite são aqueles em que há uma pressão política para que os outros integrantes dessa tripartite digam que estão de acordo com aquilo que não estão de acordo.”²⁴⁶

Há também gestores que enfatizam o caráter delimitado, embora relevante, de atuação da CIT nas decisões sobre a política nacional, como na fala que se segue:

“Eu vejo como um avanço extraordinário, mas, dentro do aparelho de Estado, dentro de um modelo de gestão. Não na formulação de políticas, na formulação de políticas, muito pouco. Teve, mas mais da implementação e operacionalização de políticas, e, portanto, no plano da gestão *strictu sensu*. [...] A descentralização passou pela CIT e pela CIB. O processo da descentralização. Porque foi um espaço onde os gestores e os representantes dos estados e municípios puderam pressionar, colocar as demandas, fazer com que o Ministério, a burocracia federal do Ministério da Saúde pudesse ser permeável a estes tipos de demandas, e acabar se compartilhando o poder ali dentro. Isso se deu nesse âmbito. Na minha opinião ela foi decisiva para isso. Agora, dizer que a CIT e a CIB tiveram um papel importante na formulação de política, ou na universalização, na equidade, se você for analisar desse ponto de vista, você vai ver que o papel é muito menor.”²⁴⁷

Em síntese, ainda que com visões diferentes sobre o papel, as possibilidades e limitações da CIT, foi comum a todos os entrevistados o reconhecimento da sua importância no período do estudo como instância de negociação intergovernamental, de

de um módulo assistencial. O trabalho de Miranda (2003) também salienta a possibilidade de estados e municípios reverterem decisões do ministério e dá outros exemplos nesse sentido.

²⁴⁶ Entrevista com Ricardo Scotti em 1º de junho de 2004.

²⁴⁷ Entrevista com Julio Muller em 15 de junho de 2004.

vocalização de demandas e críticas de estados e municípios e de coordenação federativa no âmbito da saúde.

Por outro lado, em que pese a importância da CIT, não é apenas por meio dessa instância – seja das suas reuniões formais, ou dos momentos preparatórios - que se dão as relações entre os gestores do SUS. A atuação do CONASS e CONASEMS no plano nacional em alguns momentos pode influenciar o ministério na formulação de políticas e em decisões relevantes por meio de interlocução direta de suas diretorias e representantes com as autoridades do Ministério da Saúde, incluindo o próprio ministro, que não participa regularmente das reuniões da CIT.

Nesse sentido, cabem duas observações. A primeira é que existe a possibilidade de estabelecimento de acordos políticos entre os gestores de diferentes esferas sem passagem pela CIT. A segunda é que podem ocorrer coalizões temporárias de poder entre municípios-estados, municípios-MS, e estados-MS, dependendo dos interesses em jogo. A terceira é que o peso do CONASS e o CONASEMS na interação com o ministério e na influência sobre a política nacional é variável ao longo do período de estudo. Assim, se na primeira metade da década o CONASEMS tem um peso institucional importante, relacionado à projeção do movimento municipalista na saúde e mesmo à ocupação de postos estratégicos municipais por seus representantes, na segunda metade da década ocorre um fortalecimento do CONASS²⁴⁸ e uma maior aproximação entre dirigentes estaduais e a cúpula do Ministério da Saúde, que influencia em certa medida os rumos da política²⁴⁹.

Para além da representação institucional dos estados e municípios por meio do CONASS e do CONASEMS, vale ainda destacar que as relações políticas entre gestores no plano nacional obviamente são influenciadas por outras variáveis, como as relações

²⁴⁸ Esse fortalecimento se dá nos planos político e técnico. No plano político, por meio de um aperfeiçoamento dos canais de diálogo, comunicação, articulação e obtenção de consensos entre os secretários estaduais e também de uma maior interação e sintonia com alguns dirigentes federais. No plano técnico, mediante a profissionalização da assessoria técnica, a conformação de vários grupos temáticos que passam a ter uma interlocução ágil e qualificada com a burocracia federal e a multiplicação de publicações e instrumentos de divulgação e análise de políticas entre os gestores, tais como os boletins semanais, Cadernos CONASS, entre outros.

²⁴⁹ Um exemplo disso seria a interlocução direta do CONASS com o ministro José Serra oficialmente registrada em pelo menos dois momentos. O primeiro é no início de sua gestão, em abril de 1998, quando o CONASS entrega ao ministro Serra uma relação de propostas para o setor saúde, reunidas em 20 tópicos (publicada nos Cadernos CONASS, nº 4, 1999). O segundo momento é um encontro em março de 1999, que resulta no documento “Declaração Conjunta do Ministro da Saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde”, compreendendo 22 pontos e o estabelecimento de compromisso entre as partes na formulação e coordenação das políticas de saúde, em parceria com os gestores municipais. Um dos entrevistados, ligado ao CONASS,

político-partidárias, o peso das diferentes unidades da federação, os vínculos pessoais de vários tipos, entre outras. Face ao montante dos recursos envolvidos e à visibilidade política dos problemas do setor saúde, é plausível que altas autoridades estaduais – inclusive os governadores – se manifestem diretamente junto à cúpula do ministério em situações críticas.

Portanto, é possível sugerir assimetrias de poder não somente entre as esferas de governo, mas também no que tange ao peso das diferentes unidades de federação junto ao Ministério da Saúde. Isso pode ter relação tanto com o perfil e a origem dos dirigentes do Governo Federal e do Ministério da Saúde no período de estudo, quanto com as características históricas de assimetria política no federalismo brasileiro e de inserção da elite política, intelectual e econômica do país.

Em síntese, a análise das relações entre o Ministério da Saúde e os gestores estaduais e municipais na condução da política nacional de saúde no período 1990-2002 sugere mudanças importantes em termos de coordenação federativa, o que representa um aspecto fundamental para a consolidação de uma política universal de saúde orientada pela diretriz de descentralização em um país federativo, imenso e heterogêneo como o Brasil. Como um avanço expressivo pode-se apontar o funcionamento de canais institucionais de diálogo e negociação entre as três esferas, representados principalmente pela CIT e pelos conselhos nacionais de secretários estaduais e municipais de saúde.

Por outro lado, são evidentes as limitações desses canais formais, no que se refere à definição de questões estratégicas e à direcionalidade da política nacional de saúde. Ressalte-se ainda a existência de assimetrias nas relações de poder, entre as esferas e mesmo entre unidades da federação, com um peso decisivo da esfera federal na definição da política nacional, influenciado pelas características históricas do Executivo Federal e da política de saúde, bem como ao peso expressivo dos recursos arrecadados pela esfera federal no financiamento do SUS.

Além disso, ainda que se identifiquem avanços em termos de coordenação federativa no âmbito da condução da política nacional de saúde, resta investigar em que medida as estratégias adotadas podem propiciar políticas redistributivas que demandariam um tratamento diferenciado dos estados e municípios; favorecer o predomínio de políticas igualitárias, potencialmente menos conflituosas; ou reproduzir desigualdades, face ao peso diferenciado de estados e municípios no debate político nacional.

*A relação do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Saúde*²⁵⁰

A Constituição de 1988 aponta a participação da comunidade como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, reiterada pela Lei 8142/90, que estabelece a conformação de conselhos de saúde de caráter permanente e deliberativo nas três esferas de governo, com participação dos governos, prestadores, profissionais de saúde e usuários, com esse último grupo ocupando a metade dos postos de conselheiros. A referida lei também estabelece as conferências de saúde de caráter periódico, com ampla participação social, voltadas para a definição dos rumos da política de saúde.

As origens do Conselho Nacional de Saúde (CNS) remontam ao final da década de 1930²⁵¹. Entretanto, até o início dos anos 90 o caráter desse conselho era consultivo e sua composição mais restrita. Com o processo de democratização e a reforma sanitária brasileira, ampliam-se as possibilidades de participação social na política de saúde²⁵², levando a um conjunto de mudanças legais e institucionais que favorecem uma transformação no papel e na atuação do Conselho Nacional de Saúde.

Após a Constituição de 1988, a nova composição do Conselho Nacional de Saúde com participação dos usuários foi estabelecida por decreto²⁵³, antes mesmo da promulgação das Leis da Saúde, sendo reiterada pela Lei 8142/90. O Anexo 4 apresenta a composição definida no decreto, que sofre somente ajustes pontuais nos anos 90, mantendo a proporcionalidade da representação inicialmente estabelecida.

O papel do CNS, segundo a legislação do SUS, é o de atuar caráter deliberativo e permanente na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. O CNS integra o Poder Executivo, visto que está ligado ao ministério da Saúde, porém tem funções diferentes das do gestor executivo. Para Baptista (2003), nesse sentido, a instância Conselho não é nem Executivo nem Legislativo, mas um órgão que pretende colaborar na função executiva e ao mesmo tempo controlá-la, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo. O regimento do CNS, de 1999, parte das determinações legais e procura detalhar as atribuições do Conselho no que diz respeito ao sistema de saúde, à articulação

documentos.

²⁵⁰ O presente item enfatiza as relações entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde no período 1990-2002 e se baseia principalmente na análise das entrevistas e em trabalhos de outros autores. A discussão aprofundada do papel, atuação e efetividade social do Conselho Nacional de Saúde requer um esforço de investigação e reflexão teórica, que foge aos objetivos deste trabalho. Desta forma, nesta pesquisa não foi realizada a análise sistemática de documentos (tais como atas e resoluções) do CNS, nem uma análise de seus desdobramentos.

²⁵¹ Uma síntese da história do Conselho Nacional de Saúde é apresentada por Silva e Abreu (2002).

²⁵² Ver a propósito o trabalho de Côrtes (2002).

com outros atores setoriais e da sociedade em geral, e à própria organização interna do Conselho e das Conferências de Saúde²⁵⁴. O conjunto de atribuições definido é bastante amplo, e envolve diferentes pesos de intervenção / participação do Conselho na política.

Quanto à forma de funcionamento do CNS, esta se dá por meio de: (a) plenárias, que são reuniões mensais com o conjunto dos conselheiros; (b) declarações, resultantes de decisões do conselho, classificadas como resoluções, deliberações, recomendações e moções (as resoluções têm que ser homologadas pelo Ministro da Saúde em um prazo de 30 dias); (c) comissões temáticas permanentes e grupos de trabalho *ad hoc*.

Para efeito deste trabalho, importa avançar um pouco na compreensão das relações entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde no período do estudo considerando os seguintes pontos: (1) a visão relativa ao papel e a importância atribuída à atuação do CNS e à participação social pelos dirigentes do Ministério da Saúde; (2) as possibilidades e limitações da atuação do Conselho Nacional de Saúde na condução da política nacional no período, em face das relações preponderantes com o Ministério da Saúde.

Essas são questões de grande importância, uma vez que, como assinalam outros autores, o poder dos conselhos participativos depende em grande medida do contexto político e social em que se inserem, sendo muitas vezes decisiva a posição das autoridades governamentais quanto aos conselhos para a participação efetiva da população²⁵⁵.

Assim como discutido no tocante à CIT, também no que diz respeito à atuação do Conselho Nacional de Saúde observa-se na maior parte da década um protagonismo do Ministério da Saúde na definição da política e restrições ao poder de influência do CNS sobre a política nacional.

Entretanto, existem diferenças fundamentais entre o papel do CNS e o da CIT na política de saúde. O Conselho Nacional de Saúde, por determinação legal é uma instância com poder deliberativo sobre a política de saúde, no que se refere à formulação de estratégias e controle sobre a execução da política. A composição do Conselho é mais ampla, envolvendo diversos segmentos da sociedade e a participação dos usuários, que

²⁵³ Decreto nº 99438, de 7 de agosto de 1990.

²⁵⁴ Ver Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1999. Uma sistematização e análise detalhada das atribuições do Conselho Nacional de Saúde é feita por Silva e Abreu (2002).

²⁵⁵ Esse ponto é enfatizado por Labra (2002) e Côrtes (2002). Para a última autora, a importância da posição das autoridades governamentais pode se expressar: (a) na condução do conselho e na organização das conferências; (b) na formação da agenda de discussão; (c) no funcionamento do fórum; (d) na possibilidade das decisões tomadas pelo conselho serem cumpridas; (d) na possibilidade de pressionar os demais gestores e prestadores para o cumprimento das decisões (Côrtes, 2002).

ocupam metade dos assentos. A CIT não é sequer regulada por Lei, visto que é criada por uma norma operacional, com o objetivo de apoiar o Ministério da Saúde e é formada somente por gestores das três esferas de governo.

Portanto, o Conselho de Saúde representa um canal institucional de participação da sociedade com atribuição legal e legitimidade para intervir nos rumos da política nacional de saúde. O papel da CIT, embora fundamental para a coordenação federativa e para o processo de descentralização, seria mais restrito no que tange ao direcionamento da política nacional, pelo menos em termos das definições normativas. Cabe lembrar que a criação inicial da CIT em 1991 é resultante de uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde, que na ocasião sugere para essa instância um caráter mais operacional e estabelece que as questões ali tratadas deveriam ser submetidas ao CNS.

No entanto, sabe-se que as determinações legais e normativas não são suficientes para a compreensão das complexas relações entre grupos e atores sociais na definição e implementação das políticas públicas. Na prática, a análise do período 1990-2002, sugere algumas características gerais das relações do Ministério da Saúde com o CNS que merecem discussão.

A primeira é que os dirigentes do ministério da Saúde, cientes do poder legalmente atribuído ao CNS e da representatividade social dessa instância, têm que aprender a conviver e a lidar com ela, ou ao menos não podem ignorá-la. Dado que o Ministro da Saúde é Presidente do Conselho e tem a obrigação de homologar as suas resoluções, o distanciamento entre o Ministro e o CNS causa, no mínimo, constrangimentos e conflitos, com os quais os dirigentes ministeriais têm capacidades diferentes de lidar, dependendo de seu perfil e peso político.

Embora não seja comum a assiduidade do ministro nas reuniões da plenária do Conselho – em geral coordenadas pelo secretário Executivo do CNS – no período de estudo a maior parte dos ministros procura ir, pelo menos algumas vezes durante a sua gestão, às reuniões do Conselho. Essa participação eventual do ministro bem como de outras autoridades do primeiro escalão não necessariamente significa uma valorização do caráter deliberativo dessa instância, mas pode também em alguns momentos ter o objetivo de angariar apoio para questões estratégicas e/ou evitar problemas com o conselho que prejudiquem o andamento de políticas federais²⁵⁶.

²⁵⁶ Vale apontar que há até mesmo registro da participação do Presidente Fernando Henrique Cardoso em uma reunião do Conselho Nacional de Saúde no início de 1997, para lançar o “Ano da Saúde”.

O primeiro ministro do período expressa assim sua visão sobre a relação com o Conselho Nacional de Saúde:

“Muitas vezes como Ministro eu tive que passar alguns dias negociando, compondo para não ter uma derrota esmagadora no Conselho e consertar as coisas para ter o possível naquele instante [...] Na primeira fase eu ia muito pouco e na segunda fase, eu sabia que se eu não estivesse presente eu poderia sofrer derrotas drásticas.”²⁵⁷

Ressalte-se a peculiaridade da conjuntura política do início da década, em que o ministério da Saúde começa a lidar com o novo desenho institucional do SUS, em um governo adverso à participação social, como se depreende, por exemplo, pelos vetos presidenciais à Lei Orgânica da Saúde e pelos sucessivos adiamentos da IX Conferência Nacional de Saúde²⁵⁸.

Outros ministros apontam nas entrevistas dificuldades em lidar com algumas características do funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, em particular com a multiplicidade de demandas, a expressão de interesses corporativos, e a tentativa de imposição de decisões pouco plausíveis ao ministério. Por outro lado, alguns atribuem essas dificuldades ao caráter ainda recente do processo democrático na sociedade brasileira, valorizam os esforços de entrosamento no âmbito do Conselho e mesmo o papel do Conselho no exercício de diálogo e de construção democrática:

“O Conselho Nacional de Saúde muitas vezes discute com posições preconcebidas. E tem decisões que não são possíveis de serem cumpridas. O que leva o ministério, o ministro a se afastar do conselho. Eu quando estive no ministério eu ia às reuniões do conselho e tentei ver se a gente conseguia primeiro esclarecer o conselho daquilo que era possível e do que não era possível; e segundo de tirar do conselho as orientações que permitissem um pleito que fosse referendável. Há uma certa distância. Tem ministros que ficam totalmente afastados do Conselho, o que é um problema sério. Esse é o problema do sistema democrático. É o que eu te

²⁵⁷ Entrevista com Alcení Guerra em 16 de julho de 2004.

²⁵⁸ Nesse sentido, duas questões relatadas em entrevista pelo ministro Alcení Guerra merecem comentário. A primeira é que o ministro conta que teve que superar as resistências do Presidente Collor, convencendo-o acerca da importância do funcionamento do Conselho Nacional de Saúde para o SUS, ponto que havia sido objeto de vetos presidenciais à Lei Orgânica da Saúde. O segundo episódio diz respeito aos sucessivos adiamentos da IX Conferência Nacional de Saúde que, segundo o ministro, teriam ocorrido em função de decisão da área política e da área de segurança do governo, que temiam que a reunião de milhares de pessoas em Brasília pudesse propiciar manifestações e conflitos graves, com riscos para os participantes, naquele momento político em que cresciam as acusações contra o governo. A Conferência somente foi convocada pelo ministro Jatene em 1992, mais ao final do Governo Collor.

digo, o conselho quer mandar. Por outro lado, o ministro não quer se submeter. Então, você fica com um certo conflito. [...] Isso faz parte da cultura democrática que nós precisamos aprender. Nós não sabemos trabalhar em democracia. Democracia é um sistema difícilimo, porque ele busca a verdade. Enquanto muita gente utiliza a discussão democrática para identificar adversário, compor aliança, compor maioria para ganhar votação, quando o sistema democrático não é isso.”²⁵⁹

Outro entrevistado, que antes de ocupar o cargo de ministro havia sido membro do Conselho Nacional de Saúde em outra posição, critica a expressão de interesses corporativos, embora também reconheça a importância do funcionamento do Conselho:

“O Conselho Nacional de Saúde, eu fui dez anos ... Cada um [vai] para defender o seu pedaço. Ou o seu partido, ou a sua corporação. Difícilmente tu vêes alguém lá que defenda a sociedade e a comunidade. Segundo, em geral, extremamente teórico. E agora estou afastado há oito anos. Extremamente teóricos. É fantasia, é coisa irrealizável pelo ministro. Só que eu acho que tem uma importância muito grande como fórum de desenvolvimento da cidadania. Com o tempo vai se aprendendo. O ministro tem que dar explicações, o ministro tem que propor. Eles têm que negociar entre os interesses divergentes. Eu vejo sobre esse aspecto positivo. Mas ainda é preciso que a gente cresça muito mais dentro do conceito de democracia.”²⁶⁰

É claro que há diferenças entre os ministros quanto à valorização do papel do Conselho na política de saúde e às relações do ministério com esse fórum participativo. Um dos ministros, que durante a entrevista enfatiza o papel do Ministério da Saúde inclusive na democratização do setor, aponta somente aspectos positivos na relação com o conselho:

“Foi muito boa. Eu, por exemplo, sempre trabalhei muito com o Conselho Nacional. Todas as matérias aprovadas no Conselho Nacional, eu botei em execução. Porque ali é média da opinião pública nacional. Você tem representantes de todos os setores.”²⁶¹

²⁵⁹ Entrevista com Adib Jatene em 24 de agosto de 2004. Vale ressaltar que, na entrevista, o ministro Jatene também valorizou a sua experiência prévia de participação em assembleias populares junto à comunidade da periferia metropolitana de São Paulo na época de atuação como Secretário de Saúde daquele estado, no início dos anos 80. Outros entrevistados ressaltaram a capacidade de escuta do Ministro Jatene e o seu grande interesse em participar das reuniões do Conselho e das Conferências Nacionais de Saúde.

²⁶⁰ Entrevista com Carlos Albuquerque em 19 de julho de 2004.

²⁶¹ Entrevista com Jamil Haddad em 22 de março de 2005.

As opiniões dos demais dirigentes do ministério entrevistados – particularmente dos secretários executivos e de assistência à saúde - em relação ao papel do Conselho são variadas, na maioria das vezes envolvendo tanto a identificação de aspectos positivos – como o apoio ao ministério em questões importantes – como aspectos negativos, entre os quais se sobressai o argumento da existência de interesses corporativos.

Vale ainda ressaltar que representantes de estados e municípios entrevistados também mostraram opiniões variadas entre si a respeito do Conselho Nacional de Saúde, por vezes inclusive relatando dificuldades semelhantes às dos dirigentes federais, quando se referem à sua própria história de relacionamento com os conselhos estaduais e municipais de saúde.

Na maior parte das entrevistas, um argumento recorrente e praticamente consensual é que o Conselho Nacional de Saúde no período 1990-2002 teve limitações no exercício do papel deliberativo sobre a política de saúde, particularmente no que se refere à formulação de políticas. A atuação do CNS teria sido mais bem sucedida no que tange ao controle sobre as políticas federais. Essa restrição seria influenciada por dificuldades no âmbito do próprio Conselho, mas principalmente pelas possibilidades de atuação colocadas em face da relação com o Ministério da Saúde. Como resume um dos entrevistados, com ampla experiência junto ao Conselho no período:

“A sucessão de ministros coloca uma característica interessante na relação com os conselhos de saúde. Todos eles, com uma leve exceção que foi o ministro Jamil Haddad, que foi uma certa janela aberta para respirar, mas foi também muito pouco. Os ministros se dão ao luxo de se relacionar mais ou menos bem com o Conselho Nacional de Saúde, porque o Conselho não os incomoda. Não incomoda a política nacional, federal, implícita, real, enquanto ele não estiver formulando estratégia, enquanto não formula a mudança no modelo de atenção. E a implementação de todos os princípios do sistema de saúde, enquanto o Conselho não mobilizar a sociedade, pressionando por isso, ele não incomoda. Enquanto o Conselho Nacional de Saúde só estiver ‘correndo atrás do prejuízo’, só estiver controlando a execução das políticas [...] Quando o Conselho Nacional de Saúde começa a se arvorar a formular estratégias e diretrizes para o modelo de atenção à saúde, aí os ministros não homologam mais as suas deliberações. Começa a aparecer uma clivagem. A partir de um certo momento, algumas deliberações são homologadas e outras não. Se a gente for analisar quais que não são

homologadas, a maior parte é a das que começam a mexer com formulação de estratégias. Isso ocorre a partir de 1997.”²⁶²

O entrevistado afirma que a sucessão dos ministros “mudava o colorido”; mas que, independente das diferenças pessoais e de postura dos ministros em relação ao conselho, os vários ministros não se incomodavam se o conselho não avançasse na discussão do modelo de atenção e na formulação de estratégias para a política de saúde.

Vários outros entrevistados, que atuam como membros ou acompanham a atuação do Conselho no período do estudo, identificam momentos diferentes na relação do ministério com o Conselho Nacional de Saúde, apontando situações de maior proximidade (principalmente nas gestões de Jamil Haddad, Henrique Santillo ou Adib Jatene) e de maior distanciamento (principalmente no período José Serra - Barjas Negri). Essas variações teriam relação com a conjuntura política mais ampla do governo e também com características de perfil e postura dos dirigentes federais, particularmente dos ministros da Saúde.

Ainda que com dificuldades e limitações, por vezes decorrentes da própria forma de relação com o gestor federal, o Conselho Nacional de Saúde desempenha um papel importante na política nacional no período de estudo, de uma maneira singular. Um primeiro ponto a ser destacado é que o Conselho efetivamente conta com a participação de diversos segmentos da sociedade e é bastante freqüente a participação nas plenárias de convidados externos, como representantes do poder Legislativo, para discutir projetos e políticas específicas.

Nesse sentido, Baptista (2003), a partir da análise de documentos do CNS de 1995 a 2002 assinala que no período o CNS exerce um papel fundamental na intermediação de interesses de grupos sociais e na interlocução entre Legislativo e o Executivo, garantindo o debate democrático e, por vezes, antecipando discussões que passam a ser objeto de regulamentação nessas instâncias. A autora sugere ainda que, no caso de políticas específicas – saúde mental, saúde da mulher, entre outras – o Conselho teria exercido um papel relevante não apenas no acompanhamento das propostas, mas também na formulação de políticas, destacando o papel das comissões temáticas nesse âmbito.

Silva e Abreu (2002) também ressaltam a importância da atuação das comissões temáticas permanentes ou os grupos de trabalho *ad hoc* na articulação do Conselho com outras instituições e grupos da sociedade. Para os autores, a forma de atuação do CNS se

²⁶² Entrevista com Nelson Rodrigues dos Santos em 25 de maio de 2004.

diferencia bastante da lógica da burocracia ministerial, entre outros motivos, porque o Conselho procura incluir o maior número possível de interlocutores nas discussões. Aponta-se ainda uma possibilidade, em algumas situações, de transformar demandas específicas e pontuais trazidas ao conselho por seus membros em oportunidades de debate ampliado sobre questões mais abrangentes, levando à interação de agentes públicos e a negociações que de outra forma não ocorreriam.

Sendo assim, no período analisado, ao que parece o CNS atua de quatro formas principais: (a) age de forma pró-ativa na construção de políticas específicas e de conquistas setoriais importantes – como a vinculação de recursos para a saúde²⁶³ – em parceria com setores da burocracia ministerial, e por meio de mobilização e articulação com outras instituições e atores, como o Legislativo e movimentos sociais; (b) participa, colabora e se posiciona em debates relevantes para o sistema de saúde, emitindo resoluções, recomendações, aprovação ou apoio a estratégias de organização do sistema sob condução do ministério, como as normas operacionais do SUS; (c) exerce o controle sobre as políticas federais e em várias ocasiões, manifesta-se, questiona e cobra do Ministério da Saúde posicionamentos ou mesmo o debate de determinadas questões com o Conselho (no que nem sempre é atendido, particularmente no que diz respeito ao financiamento, decisões de regulação do sistema e de mercados em saúde); (d) em situações eventuais, de posições discordantes com o Ministério da Saúde, articula-se com o Legislativo, com o Ministério Público e com outros atores para conseguir apoio político e fazer com que suas opiniões ganhem visibilidade externa e com que suas decisões se efetivem²⁶⁴.

Em síntese, ainda que não represente o objeto central do presente trabalho, a pesquisa de campo e a revisão da literatura sugerem tanto limitações como avanços na participação do Conselho Nacional de Saúde na condução da política nacional influenciados – porém não unicamente determinados - pelas relações entre o Ministério da Saúde e o CNS. Sem dúvida o funcionamento do Conselho no período 1990-2002 representa um avanço fundamental ao ampliar a participação e a transparência no debate sobre a política pública de saúde.

²⁶³ No que diz respeito à vinculação de recursos para a saúde, cabe ainda apontar que o Conselho é responsável pela emissão de uma resolução – cuja versão em vigor é a Resolução nº 322 de 2003 -, que regulamenta as diretrizes para a aplicação da Emenda Constitucional nº 29/2000.

²⁶⁴ Em entrevista à pesquisadora, Nelson Rodrigues de Santos deu alguns exemplos de situações de enfrentamento desse tipo que teriam ocorrido após 1997, considerando-as altamente indesejáveis e arriscadas. Para o entrevistado, tais situações poderiam ter sido evitadas por meio de uma maior articulação e respeito do ministério quanto ao papel do CNS. Ver também artigo recente publicado pelo entrevistado para uma síntese dos avanços e dificuldades de atuação do CNS (Santos, 2003).

Algumas características do funcionamento do Conselho Nacional de Saúde – composição ampla e diversificada, com representantes de outros ministérios do governo, segmentos de prestadores, profissionais e usuários; comissões e grupos de trabalhos temáticos, voltados inclusive para questões intersetoriais; potencial de articulação externa, inclusive com o Legislativo, o Ministério Público e os movimentos sociais– oferecem possibilidades muito interessantes de ampliação do escopo das reflexões sobre a política de saúde para além dos muros do Ministério da Saúde e dos limites estritamente setoriais, assim como de fortalecimento do Sistema Único de Saúde no âmbito do governo e da sociedade.

Os avanços alcançados em termos de participação social em saúde nos anos 90 podem ser ampliados se o Ministério da Saúde valorizar o papel e o potencial do CNS na construção da política, contribuindo, como salienta Labra (2002), para a formação de um círculo virtuoso de solidariedade, confiança e cooperação nas relações entre o Poder Público e a população.

Capítulo 5 – As grandes prioridades da agenda do Ministério da Saúde

Este capítulo discute três políticas prioritárias que ocupam destaque na agenda principal do Ministério da Saúde durante mais de metade do período 1990-2002, perpassando várias gestões ministeriais: (1) a descentralização; (2) o Programa de Saúde da Família; (3) a política de combate à AIDS.

Ao longo do capítulo, são feitas considerações sobre as evidências de priorização de cada uma dessas políticas na agenda do Ministério da Saúde, os possíveis motivos que favorecem o seu destaque, assim como são levantados subsídios para a reflexão sobre a direcionalidade da atuação do Ministério, a partir da análise da estratégia de condução dessas políticas.

A descentralização como prioridade para o MS – mas qual descentralização?

A política de descentralização representa uma prioridade para o Ministério da Saúde durante todo o período de 1990 a 2002. No entanto, as gestões ministeriais diferem quanto às dimensões da descentralização priorizadas, sendo possível identificar diferentes modelos de descentralização adotados.

O destaque da descentralização na agenda do gestor federal do SUS é favorecida pela confluência de duas agendas reformistas em torno do tema. A primeira é a agenda do movimento sanitário, que assume a diretriz de descentralização político-administrativa de forma atrelada à idéia de democratização (Teixeira, 1990). Além disso, na reforma sanitária brasileira a descentralização aparece associada à noção de sistema, implicando novas relações entre governos, instituições e serviços (Viana, 1995).

A segunda é a agenda de Reforma do Estado preponderante no Brasil nos anos 90, que defende a descentralização como uma das estratégias de redução do tamanho do Estado e de retração dos gastos públicos, seguindo as tendências de reformas propagadas no plano internacional na década anterior, que afetam os sistemas de saúde dos diferentes países. As agências internacionais têm um papel importante na disseminação de propostas de reforma dos Estados com ênfase na descentralização e na privatização e nos anos 90 aumenta a atuação de algumas dessas agências – particularmente do Banco Mundial – na formulação e oferta de propostas de reforma no setor saúde²⁶⁵.

²⁶⁵ Ver a propósito o documento “Investindo em Saúde” (Banco Mundial, 1993) e o trabalho de Mattos (2000).

No Brasil nos anos 90, há um grande consenso em torno da diretriz de descentralização na saúde, que agrada tanto os segmentos progressistas ligados ao movimento sanitário quanto os setores da direita de visão liberal. As semelhanças param por aí, visto que os objetivos da descentralização e as expectativas quanto às condições para sua efetivação diferem entre os vários grupos de atores.

O novo pacto federativo estabelecido pela Constituição de 1988 abre espaço para a implementação de políticas descentralizadoras, que são adotadas pelos governos com diferenças entre mandatos e entre áreas da política, já que a agenda de Reforma do Estado configurada nos anos posteriores à Constituição não incorpora de forma abrangente e integrada a questão federativa nas proposições quanto ao novo desenho do Estado. A área da saúde freqüentemente é tomada como exemplo por seus avanços no âmbito da descentralização nos anos 90, associada a esforços de constituição de um arranjo federativo próprio.

Mas qual o caráter do processo de descentralização no setor saúde? Como se dá a atuação do Ministério da Saúde no que diz respeito à descentralização? Que dimensões da descentralização são enfatizadas pelo gestor federal? Quais são os modelos de descentralização adotados pelos diferentes governos e gestões ministeriais? Como o processo de descentralização recoloca o papel do gestor federal no SUS? Em que condições esse processo se desenvolve e quais são as suas possibilidades e limitações?

O processo de descentralização político-administrativa da esfera federal para estados e municípios pode ser caracterizado a partir da articulação de quatro dimensões principais: (a) a transferência de serviços e de servidores públicos; (b) a transferência de responsabilidades e atribuições; (c) a transferência de recursos financeiros; (d) a transferência de poder sobre a política de saúde. A análise realizada sugere que o ritmo e a intensidade da descentralização varia entre essas quatro dimensões no período estudado.

O ritmo da descentralização também difere entre as áreas da política de saúde. Enquanto a descentralização relativa às ações de assistência é iniciada no começo da década, a descentralização das ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária só começa no final dos anos 90.

Face ao protagonismo do gestor federal na condução da descentralização no período estudado, é possível identificar diferentes estratégias e critérios de descentralização adotados pelo Ministério da Saúde. Ademais, a ênfase da descentralização no período varia em relação à “esfera-alvo” do processo, ou seja, em que pese a ênfase na

municipalização na maior parte da década, há momentos em que o movimento descentralizador favorece os estados.

A análise do processo de descentralização à luz do contexto político-institucional e das variáveis descritas acima - intensidade da descentralização nas quatro dimensões; abrangência segundo campos de atuação em saúde; estratégias e critérios de descentralização; esfera-alvo da descentralização; - permite identificar distintos movimentos e modelos de descentralização privilegiados pelo gestor federal ao longo dos anos 90, sintetizados no Quadro 5.1. Assinale-se que em geral há uma demora entre a formulação das estratégias de descentralização e sua operacionalização.

Quadro 5.1.– Características e modelos de descentralização adotados pelo Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002.

Período	Intensidade da descentralização por dimensões				Campos	Esfera –Alvo	Principais estratégias e instrumentos de descentralização em vigor	Modelo de descentralização
	Serviços e pessoal	Atribuições	Recursos financeiros	Poder decisório				
Gov. Collor 1990-1992	Alta	Média	Baixa	Baixa	Assistência	Municípios	NOB 91 Convênios de municipalização Termos de repasse de serviços	Descentralização tutelada e convencional para os municípios
Gov.Itamar 1993-1994	Alta	Média	Baixa	Média	Assistência	Municípios	NOB 93 Habilitações Transferências fundo a fundo Termos de repasse de serviços	Gestação e início de implantação: Municipalização plena com transferências fundo a fundo (poucos municípios)
Gov.FHC 1995-1997	Média	Média	Média	Média	Assistência	Municípios	NOB 93 Habilitações Transferências fundo a fundo	Implantação: Municipalização plena com transferências fundo a fundo (poucos municípios) Gestação do modelo seguinte
Gov.FHC 1998-2000	Média	Alta	Alta	Média	Assistência ECD Vigilância Sanitária	Municípios/ Estados	NOB 96 Portarias federais (assistência, VE, VS) Habilitações, certificações, Termos de Ajuste e Metas Transferências fundo a fundo; PAB; Incentivos vinculados	Descentralização com indução federal; municipalização da atenção básica (maciça) e tentativa de resgate do papel dos estados Gestação do modelo seguinte
Gov.FHC 2001-2002	Média	Alta	Alta	Média	Assistência ECD Vigilância Sanitária	Estados/ municípios	NOAS Portarias federais (assistência, VE, VS) Habilitações, certificações, Termos de Ajuste e Metas Transferências fundo a fundo; PAB; Incentivos vinculados	Descentralização com regionalização sob forte regulação federal; resgate do papel dos estados Descentralização com partilha de funções .

Fonte: Elaboração própria, a partir de várias fontes.

Observa-se entre 1990 e 1992 um destaque da transferência de serviços assistenciais e de servidores federais para estados e municípios, em continuidade a um processo desencadeado ainda no final dos anos 80, de desmonte do INAMPS conforme as proposições da reforma sanitária. Esse processo de descentralização de capacidade instalada e de pessoal é também consoante com a agenda de reforma do Estado do Governo Collor, favorável à descentralização como estratégia de redução da Administração Federal e contenção dos gastos públicos. Somente nessa fase a quantidade de estabelecimentos de saúde vinculados à esfera federal diminui em 27%. Ainda que seja mais marcante na primeira metade da década, a transferência de serviços e de pessoal prossegue por todo o período do estudo, com redução de 66% dos estabelecimentos federais entre 1990 e 2002²⁶⁶.

A transferência de atribuições de gestão do conjunto do sistema, de recursos financeiros e de poder decisório, ainda é restrita no início da década, predominando os mecanismos convencionais nas relações entre Ministério e municípios e os critérios de financiamento federal atrelados à produção.

É somente entre 1993 e 1994, no governo de Itamar Franco e nas gestões ministeriais de Jamil Haddad e Henrique Santillo, que à transferência de serviços e de pessoal se acrescenta o esforço de descentralização da gestão do sistema, a ser viabilizada por meio de transferências automáticas de recursos diretamente da esfera federal para os fundos estaduais e municipais. Entretanto, as dificuldades financeiras do período e o atraso na regulamentação do mecanismo de transferência fundo-a-fundo prejudicam esse processo e é somente no fim de 1994 que os primeiros municípios habilitados na condição de gestão mais avançada – gestão simplificada da Norma Operacional Básica de 1993 - passam a receber recursos federais diretamente em seus fundos municipais, com ampla autonomia para a sua aplicação. Pode-se dizer que o modelo de descentralização formulado no período procura articular a transferência de serviços, de atribuições de gestão do sistema, de recursos e de poder/ autonomia decisória sobre a política de saúde, com ênfase nos municípios.

A implementação da estratégia de municipalização plena com transferências fundo-a-fundo expressa NOB 93 se concretiza entre 1994 e 1997 para um conjunto de municípios

²⁶⁶ Dados da AMS/IBGE, de 1990 e 1992, disponíveis em: <http://www.datasus.gov.br>.

relativamente pequeno, embora importante, pelo seu porte e expressão²⁶⁷. Face ao rearranjo de atores no plano nacional e das mudanças na equipe dirigente do Ministério da Saúde, nesse período é concebida outra estratégia de descentralização, que se diferencia da anterior em dois aspectos principais: (a) a tentativa de resgatar o papel do gestor estadual do sistema; (b) o início do atrelamento da descentralização a condicionalidades relacionadas à organização da rede e ao modelo de atenção.

Dessas diretrizes resultam mudanças tanto nas proposições relativas à habilitação de municípios, como nos mecanismos de financiamento, que passam a considerar em alguma medida a oferta de ações e serviços de saúde. A principal inovação nesse sentido é a adoção do Piso de Atenção Básica, o primeiro mecanismo de transferência financeira per capita em saúde, destinado ao financiamento das ações e serviços do primeiro nível de atenção, bem como a proposição de incentivos financeiros vinculados a programas específicos – principalmente o PACS e o PSF²⁶⁸.

Ressalte-se que em 1997, em que se inicia a gestão Albuquerque, ocorre uma relativa estagnação no que diz respeito ao processo de descentralização, relacionada tanto a um certo contingenciamento financeiro²⁶⁹, quanto ao processo de negociação entre os novos dirigentes federais e os gestores estaduais e municipais para a implementação das novas estratégias para a descentralização. Um conjunto de portarias ministeriais publicadas no início de 1998 com o objetivo de regulamentar a aplicação da Norma Operacional Básica de 1996 promove mudanças em vários pontos de seu conteúdo original. As principais alterações se referem às condições para o financiamento do PACS e do PSF e a introdução da do PAB variável, a ser composto por incentivos vinculados a programas específicos, que cresce em importância nos anos subsequentes.

De fato, a análise da estratégia de descentralização do Ministério da Saúde no período 1998-2000 sugere inflexões no modelo de descentralização. Por um lado, ocorre um pico de

²⁶⁷ Ao final de 1997, entre os mais de 5000 municípios do país, somente 144 municípios recebiam recursos federais da assistência diretamente nos fundos municipais. Entretanto, nesses municípios residia cerca de 17,3% da população brasileira, e os valores transferidos representavam cerca de 24% do total de recursos destinados à assistência à saúde, segundo dados do Ministério da Saúde, já apresentados em Levcovitz, Lima e Machado (2001).

²⁶⁸ A discussão sobre os mecanismos federais de financiamento será retomada no Capítulo 7.

²⁶⁹ Nesse ano, com a entrada de Barjas Negri na Secretaria Executiva, há uma ênfase no compromisso do Ministério da Saúde em pagar a dívida com o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e no atrelamento da implementação de novas estratégias e políticas à questão da disponibilidade orçamentária.

habilitação de municípios principalmente para a gestão da Atenção Básica, com um aumento muito expressivo das transferências financeiras federais, principalmente, para os fundos municipais de saúde²⁷⁰. A tentativa de resgate do papel dos estados se expressa em algumas disposições normativas e nas habilitações estaduais ao recebimento de recursos federais, embora o ritmo dessas habilitações ainda seja lento no período²⁷¹.

Por outro lado, observa-se um progressivo aumento das estratégias de indução e regulação federal sobre as políticas estaduais e municipais, traduzidas pelo aumento expressivo de portarias ministeriais e de incentivos financeiros vinculados a programas específicos, gerando um conjunto de novas regras referentes à organização da assistência e ao modelo de atenção. No ano 2000, é desencadeado um debate no sentido da revisão da estratégia de descentralização, em que a questão da regionalização da assistência assume centralidade.

É ainda nesse período que ganha vulto a descentralização em outras áreas de atuação do Ministério da Saúde, particularmente a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica. A transferência recursos para municípios assumirem as ações de vigilância sanitária aumenta aos poucos com a implantação do PAB-VISA a partir de 1998, e a condução da política nacional sofre mudanças importantes com a criação da ANVISA em 1999 e a celebração dos Termos de Ajuste e Metas com os estados a partir de 2000. O modelo de descentralização adotado para a vigilância sanitária se aproxima mais a uma lógica de repartição de atribuições e atividades por esfera de governo.

No final do período, já no ano 2000, intensifica-se a transferência de serviços, responsabilidades e recursos referentes às ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis sob a responsabilidade da FUNASA. O início tardio desse processo de descentralização tem relação com dificuldades técnicas, mas sobretudo com resistências políticas dos quadros da FUNASA ao processo, inclusive no âmbito regional.

²⁷⁰ No final de 1998, já havia 5049 municípios habilitados nas condições de gestão da NOB/96 e recebendo recursos federais fundo a fundo, particularmente de atenção básica. Também nesse ano ocorre a habilitação dos primeiros dois estados na NOB/96. Ao final do ano, mais de 50% dos recursos federais da assistência já eram transferidos fundo a fundo para estados e municípios, um salto importante em relação ao ano anterior.

²⁷¹ Em dezembro de 2000, havia somente 8 estados habilitados em uma das condições de gestão da NOB/96, e mais 7 pleitos de habilitação em avaliação na SAS, alguns envolvendo conflitos entre estado e Ministério da Saúde referentes à definição dos tetos financeiros. Esses números sugerem uma insuficiência ou inadequação dos incentivos federais à adesão dos estados às normas vigentes para a descentralização.

Cabe destacar que esses processos de descentralização – da assistência, vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária – além das diferenças de momento e ritmo, seguem lógicas e estratégias diversas, tendo em comum no período pós-1998 a forte indução e regulação federal por meio de normas e mecanismos financeiros.

No período 2001-2002, prossegue a descentralização no âmbito das áreas de Epidemiologia e Controle de Doenças e de Vigilância Sanitária. A descentralização relativa à área de assistência sofre uma inflexão relacionada ao início da implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde, publicada em duas versões. Essa norma assume a regionalização como estratégia central para a organização dos sistemas de saúde intra-estaduais, atrela as condições de habilitação a uma série de exigências relacionadas à oferta de serviços e organização da atenção, destaca o papel dos estados na condução do processo de regionalização e do gestor federal na gestão da alta complexidade, particularmente no âmbito interestadual. Face às exigências na nova normatização, o período é marcado por uma relativa estagnação das habilitações municipais e por um aumento das habilitações dos estados, embora ainda em ritmo lento, face às discordâncias entre gestores e dificuldades de adaptação às novas exigências para a descentralização de recursos federais²⁷².

Para além do conteúdo das NOs, a descentralização é influenciada pela emissão de uma grande quantidade de portarias federais relativas a áreas e programas específicos, particularmente a partir de 1998. A combinação entre forte normatização e mecanismos financeiros de indução de políticas expressa as tentativas de manutenção do poder decisório sobre as políticas no plano nacional e de regulação do Ministério da Saúde sobre as políticas estaduais e municipais. Se por um lado isso reflete um esforço dos dirigentes federais no sentido de assegurar um espaço de atuação para o Ministério e definir políticas de abrangência nacional face à limitada flexibilidade do orçamento da saúde²⁷³, à intensificação da descentralização e aos riscos de atomização do sistema, por outro lado, essa estratégia limita de certa forma a autonomia dos estados e municípios na definição de políticas adequadas às

²⁷² No final de 2002, havia 14 estados habilitados à condição de Gestão Plena do Sistema Estadual segundo a NOAS. Os estados ainda não habilitados pela NOAS eram: na região Norte- Acre, Amapá, Amazonas, Roraima, Rondônia e Tocantins; na região Nordeste: Bahia, Maranhão, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte; na região Sudeste: Espírito Santo e São Paulo. Todos os estados das regiões Centro-Oeste e Sul já haviam se habilitado à NOAS.

²⁷³ Ressalte-se que uma parcela importante do orçamento federal da saúde é comprometida com o custeio da assistência, de tendência crescente, independente da implantação de novas políticas.

suas realidades. Portanto, é característico do período pós-1998 um certo descompasso entre as dimensões da descentralização consideradas no Quadro 5.1, com uma descentralização de atribuições e de recursos mais acentuada do que a descentralização de poder decisório sobre as políticas no âmbito subnacional.

Em síntese, o processo de descentralização é priorizado pelo Ministério da Saúde em todo o período 1990-2002, apresentando alguns traços de continuidade entre as gestões ministeriais, mas também inflexões importantes, sendo possível identificar distintos modelos de descentralização ao longo do período. Na segunda metade da década, particularmente a partir de 1998, a descentralização é acoplada a estratégias de indução da organização da rede e mudanças no modelo de atenção e estendida às áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, sob forte regulação federal, sendo também intensificados os esforços de resgate do papel dos estados.

Além dos modelos de descentralização é importante considerar as condições em que o processo de descentralização em saúde é conduzido no período do estudo, dado que o principal motivo que favorece a priorização da descentralização pelo Ministério da Saúde é a sua presença tanto na agenda da reforma sanitária brasileira como na agenda de reforma de Estado que se configura nos anos 90,

Nesse sentido, um grupo de restrições mais geral é representado pelos imperativos da redução do tamanho do Estado e da contenção de gastos públicos, levando a medidas econômicas, políticas e administrativas pouco favoráveis à expansão dos direitos sociais. Alguns efeitos negativos dessa agenda para a saúde se manifestam nas dificuldades de financiamento e de expansão dos quadros de pessoal no setor saúde.

As limitações no âmbito do financiamento da saúde ao longo da década restringem de forma importante as possibilidades da descentralização de várias formas. Em primeiro lugar, aumentam o risco de *“cost-shifting”*, principalmente nos momentos em que se observa um descompasso entre a transferência de atribuições e a de recursos, como no início da década. Em segundo lugar, levam à competição entre estados e municípios por recursos relativamente escassos. Em terceiro lugar, limitam as possibilidades de superação das distorções histórico-estruturais do sistema, visto que os recursos existentes são em grande medida comprometidos com a oferta prévia de serviços e o aporte de novos recursos não é suficiente para a superação das desigualdades em saúde observadas entre regiões e entre grupos sociais.

No que diz respeito à gestão de recursos humanos, na segunda metade da década de 90 se sobressaem os problemas de manutenção de vários serviços descentralizados em função do grande número de aposentadorias dos servidores federais²⁷⁴. A contratação de pessoal por estados e municípios para dar conta tanto da reposição de quadros nos serviços descentralizados quanto da expansão de atribuições, serviços e ações e é limitada pelas imposições da legislação federal, particularmente da Lei Camata e depois da Lei de Responsabilidade Fiscal, causando outro tipo de desequilíbrio relacionado à descentralização.

Um segundo grupo de dificuldades têm relação com as tensões entre as proposições da descentralização na saúde e as características estruturais da federação brasileira. A ênfase na municipalização, se por um lado é coerente com as diretrizes da reforma sanitária e com o pacto federativo estabelecido pela Constituição de 1988, esbarra em problemas estruturais relacionados ao perfil dos municípios brasileiros, a grande maioria de pequeno porte, de baixo dinamismo econômico e largamente dependente das transferências federais. Face a essas características, o risco de “municipalismo autárquico” nos anos 90 coloca desafios à conformação de um sistema integrado e resolutivo de serviços de saúde e à consolidação dos demais princípios do Sistema Único de Saúde, expressando, por vezes, tensões entre a racionalidade de descentralização político-administrativa e a racionalidade sistêmica.

Nesse contexto, as estratégias federais supostamente adotadas para evitar a fragmentação excessiva do sistema de saúde na segunda metade da década esbarram tanto na ênfase municipalista da base de apoio ao SUS quanto nas distorções da própria condução federal do processo de descentralização, tais como a fragmentação das iniciativas de descentralização no âmbito do Ministério e a combinação entre excesso de regras em alguns âmbitos e lacunas de atuação em outros.

No que tange às lacunas da atuação federal na condução da descentralização, três pontos merecem destaque. O primeiro é que a descentralização no período 1990 a 2002 não esteve acoplada a uma política de investimentos abrangente e sistemática. Na realidade, a alocação federal de recursos para investimentos no período é pífia e intermitente, em geral associada a projetos *ad hoc*, alguns com financiamento por agências internacionais, ou a emendas parlamentares ao orçamento. A segunda grande lacuna concerne à não consideração da diversidade macro-regional e meso-regional no desenho das estratégias de descentralização

²⁷⁴ A propósito, ver Nogueira (2000).

em saúde²⁷⁵ e à insuficiente articulação com outras políticas públicas de desenvolvimento econômico e social. Isso ocorre em parte pela limitada tradição de enfoque regional da política de saúde – salvo a experiência de controle de endemias – em relação a outras áreas da política pública, como a de desenvolvimento e a de meio ambiente, por exemplo. A terceira lacuna consiste na não consideração pelas propostas de descentralização das especificidades das regiões metropolitanas, o que é grave se considerarmos a concentração da população em grandes aglomerados urbanos nos últimos anos. Essas lacunas prejudicam a atuação federal no que diz respeito à redução das desigualdades em saúde, que seria uma das principais finalidades do governo federal.

Cabe assinalar que as características dos modelos de descentralização adotados na saúde e várias das dificuldades, distorções e lacunas da estratégia federal de condução dessa política decorrem de questões que extrapolam o âmbito de ação do Ministério da Saúde. Em meio a restrições estruturais e conjunturais, o Ministério da Saúde busca dirigir o processo de descentralização, ora se movimentando dentro dos limites de sua governabilidade, ora procurando aumentar o seu espaço de atuação face aos outros atores envolvidos na política nacional de saúde.

O fato é que, no período de 1990 a 2002, ocorre um processo de descentralização político-administrativa na saúde importante e sem precedentes, sob regulação federal, e as estratégias do Ministério da Saúde na condução dessa processo influenciam o grau da descentralização e as perspectivas da gestão descentralizada do sistema, que por sua vez também são influenciadas por outras variáveis estruturais e conjunturais.²⁷⁶

A estratégia federal de Saúde da Família: prioridade para a Atenção Básica?

A proposta de estruturação de um programa de Saúde da Família (PSF) no âmbito federal remonta ao final do ano de 1993, e sua estruturação como política nacional se inicia em 1994, na gestão de Henrique Santillo. A partir de 1995, o PSF assume cada vez mais

²⁷⁵ Há raras exceções, como o estabelecimento de valor per capita diferenciado por estados para o financiamento das ações de vigilância epidemiológica a partir de 1999-2000, privilegiando os estados da Região Norte, bem como alguns projetos de investimentos pontuais e de limitada repercussão com foco em uma dada região.

²⁷⁶ A partir de meados dos anos 90, um grande número de pesquisas, com diferentes escopos e enfoques, procuram analisar a implementação e os resultados da descentralização em saúde. Um balanço desses estudos foge ao escopo deste trabalho, que enfoca a condução da política federal. Ver a propósito Viana et.al (2002a) e Arretche (2000) entre outros estudos.

destaque na agenda do Ministério da Saúde, levando a proposições de mudanças no modelo de atenção, na organização do sistema e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações de saúde, o que, segundo Viana e Dal Poz (1998), permite identificar o PSF como instrumento de reforma incremental da política de saúde brasileira.

Entre as diversas variáveis que facilitam a entrada do PSF e sua progressiva valorização na agenda do Ministério da Saúde no período do estudo, destacam-se duas: a existência prévia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a confluência de diferentes agendas e atores políticos em torno dessa questão.

Antes da adoção do PSF como programa nacional já existiam em alguns estados e municípios experiências com Agentes Comunitários de Saúde²⁷⁷, ou com modelos similares ao Saúde da Família (como o Médico de Família, de Niterói, desde 1992), algumas consideradas bem-sucedidas. Em 1991 ocorre a institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde como política federal, com o objetivo principal de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna e para o controle de algumas endemias, principalmente junto às populações pobres das regiões Norte e Nordeste²⁷⁸.

O PACS pode ser considerado um precursor do Saúde da Família, por dois motivos principais. No que se refere ao modelo de atenção, por deslocar o foco da atenção do indivíduo para a família, ressaltar a importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e valorizar a integração com a comunidade, questões que vem a ser incorporadas como diretrizes do PSF. No que diz respeito à dimensão institucional, pela existência prévia de um grupo técnico na Fundação Nacional de Saúde envolvido com o PACS, que assume a responsabilidade pela construção e implantação do Saúde da Família. À medida que o PSF emplaca como política prioritária na segunda metade dos anos 90, a orientação do Ministério é para a substituição do PACS pelo PSF sempre que possível.

Uma segunda variável a ser considerada é uma certa convergência de agendas e atores que favorece a adoção do PSF como prioridade pelo Ministério da Saúde a partir de 1995. A agenda da reforma sanitária brasileira já destacava a importância de mudança do modelo

²⁷⁷ O Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde – PIASS -, por exemplo, já envolvia a atuação de agentes comunitários de saúde.

²⁷⁸ Essa questão é detalhada em Viana e Dal Poz (1998) e em Souza (2002) e foi abordada em várias entrevistas realizadas na presente pesquisa, inclusive com o Ministro Alcení Guerra, em cuja gestão o PACS é implantado como programa nacional.

assistencial médico-privatista hegemônico até os anos 80. Ainda que na primeira metade da década as questões referentes à organização e às práticas de atenção não tenham sido o foco da política federal, o próprio processo de municipalização faz com que os gestores locais sintam a necessidade de maior apoio federal para a transformação do modelo de atenção, e a estruturação de um programa com ênfase na família começa a ser vista como uma possibilidade nesse sentido.

Com o início do Governo Fernando Henrique Cardoso, em 1995, o PACS e o PSF passam a ocupar posição de destaque na agenda do governo federal, com a sua incorporação como programas prioritários em saúde no Comunidade Solidária²⁷⁹. Ressalte-se que o caráter inovador e o tipo de foco do programa – a família e a comunidade – tornam-no atrativo como marco de governo, pelo seu potencial de visibilidade política, contribuindo para a sua permanência na agenda das sucessivas gestões ministeriais.

Cabe ainda reconhecer que estratégias de fortalecimento das ações básicas de saúde e modelos de atenção orientados para a família encontram respaldo nas agendas das principais agências internacionais que formulam propostas e financiam projetos na área da saúde. Na realidade, a adoção desse tipo de modelo de atenção à família no Brasil é considerada por alguns autores como tardia em relação a outros países²⁸⁰. A atuação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no Brasil parece ter sido relevante no momento inicial da estruturação do programa²⁸¹ e posteriormente o financiamento internacional de outras agências – particularmente do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial – são importantes para a expansão do PSF.

A confluência momentânea dessas três agendas e o apoio de atores importantes – gestores municipais, técnicos do MS, representantes de agências internacionais - de certa forma abre uma “janela de oportunidade”²⁸² para entrada do PSF na agenda do MS em 1994 e sua posição prioritária a partir de 1995.

Nos anos subsequentes, aumenta a mobilização e articulação de atores externos e internos ao MS no apoio à expansão do PSF. Entre os atores externos, acrescenta-se os

²⁷⁹ Essas questões são abordadas por Viana e Dal Poz (1998).

²⁸⁰ Ver Canesqui e Oliveira (2002).

²⁸¹ Ver Viana e dal Poz (1998).

²⁸² O conceito de “janela de oportunidade” é proposto por Kingdon (1995).

estados, que se envolvem progressivamente no apoio à estruturação e no acompanhamento do programa, embora essa participação estadual ocorra de forma variada entre as UFs.

Entre os atores federais, vale ressaltar a conformação de uma equipe técnica sólida na condução nacional do programa²⁸³, bem como o envolvimento dos sucessivos ministros. O ministro Henrique Santillo abre espaço para a adoção do PSF como programa nacional. Adib Jatene, no início de sua gestão, sensibiliza-se para o potencial do programa de expansão do acesso para populações carentes, mudança do modelo e organização da atenção, com ênfase na hierarquização²⁸⁴. Desta forma, o Ministro investe na estruturação e mudança de status do PSF no Ministério, assim como apóia seu destaque no âmbito da Norma Operacional Básica de 1996, em fase de construção.

Na gestão Albuquerque, o PSF prossegue a sua expansão²⁸⁵, sendo que em 1997 começam a ser estruturados os primeiros Pólos de Capacitação em Saúde da Família, um passo importante no sentido de mobilizar as Universidades para uma formação de profissionais de saúde mais adequada às necessidades desse modelo de atenção.

A partir de 1998, o PSF ganha um grande impulso com o início da implantação da NOB 96, que muda o financiamento da atenção básica substancialmente por meio da implantação de um mecanismo *per capita* (o PAB fixo) e também da adoção de um incentivo financeiro específico para o PSF, como um dos componentes do PAB variável²⁸⁶. Além disso, o Ministro José Serra enfatiza o PSF como uma das prioridades do Ministério e impõe metas ambiciosas de expansão do programa nos anos subseqüentes. A diretriz de expansão maciça fortalece a idéia do SF como estratégia de “conversão” do modelo de atenção, levando ao

²⁸³ Durante todo o período 1994-2002, a enfermeira Heloíza Machado de Souza coordena a implantação da estratégia de Saúde da Família no âmbito nacional, junto a outros técnicos com experiências prévias desse modelo em algumas Ufs e municípios.

²⁸⁴ Vale assinalar dois pontos abordados pelo Ministro Jatene em entrevista com a pesquisadora em 24 de agosto de 2004. O primeiro é que o Ministro percebe desde o início um potencial de implantação do PSF nas regiões metropolitanas, onde reside grande parcela da população brasileira desprovida de acesso aos serviços de saúde. A sensibilidade do Ministro para essa questão tem relação com a sua experiência prévia como Secretário Estadual de Saúde em São Paulo e leva ao seu envolvimento na implantação do PSF na região metropolitana de SP após a sua saída do Ministério da Saúde. Outro ponto destacado pelo Ministro é a importância do PSF como o “início da hierarquização” e o reconhecimento de que a implantação adequada do programa exige um aporte de recursos volumoso, tanto para a organização do primeiro nível de atenção com qualidade como para o acesso aos serviços de apoio diagnóstico necessários e a estruturação de um adequado sistema de referências no que tange às especialidades médicas e serviços de internação.

²⁸⁵ Ressalte-se, no entanto, que Carlos Albuquerque foi o único entre os seis ministros entrevistados que não fez nenhuma menção ao programa de Saúde da Família, nem ao programa de Agentes Comunitários de Saúde.

deslocamento da atenção do Ministério a partir do ano 2000 para o estímulo à expansão desse programa em grandes centros urbanos.

Considerando as informações discutidas, é possível identificar diferentes momentos de condução da estratégia de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, resumidos no Quadro 5.2.²⁸⁷

²⁸⁶ A NOB/96 foi publicada no DOU de 06/11/96, por meio da Portaria 2203, de 5 de novembro de 1996 e modificada por um conjunto de portarias ao final de 1997, entre as quais a Portaria nº 1882/1997.

²⁸⁷ Outros autores apresentam periodizações acerca da evolução do PSF, com pequenas diferenças em relação à adotada neste trabalho. Heimann e Mendonça (2005) identificam quatro fases: emergência (1994-1995); fusão entre o PACS e o PSF (1995-1997); expansão (1997-2002) e consolidação e expansão planejada (a partir de 2003).

Quadro 5.2– Caracterização das principais fases da condução do PSF pelo Ministério da Saúde.

Fases do PSF/ Características	Fase precursora 1991-1993	Implantação inicial 1994	1ª Fase de Expansão 1995 a 1997	2ª Fase de Expansão: 1998 e 1999	3ª Fase de Expansão 2000 a 2002
Cobertura total inicial e final do PSF	0 % (Só PACS)	De 0% para 0,7%	De 0,7% para 3,5%	De 3,5% para 8,7%	De 8,7% para 29,2%
Regiões com maior expansão	Norte e Nordeste	Nordeste e Sudeste	Nordeste e Sudeste	Sudeste e Sul	Sudeste e Sul
Tamanho dos municípios	Pequenos e Médios	Pequenos e Médios	Pequenos e Médios	Pequenos, Médios e Grandes	Médios e Grandes
Regra preponderante para transferência dos recursos federais	Assinatura de convênios	Assinatura de convênios	Assinatura de convênio até o final de 1995 Remuneração por serviços produzidos – a partir de janeiro de 1996	Transferência direta do FNS aos FMS: PAB fixo – habilitação na NOB SUS 01/96 PAB variável – qualificação segundo as regras nacionais	Transferência direta do FNS aos FMS: PAB fixo – habilitação na NOB SUS 01/96 PAB variável – qualificação segundo as regras nacionais (diversificação de incentivos)
Proporção de recursos do PACS e PSF em relação a AB inicial e final	Sem informação	Alcança 5,2%	De 5,2% para 7,2%	De 7,2% para 10,2%	De 10,2% para 25,2%
Vinculação administrativa do PSF no MS	PACS vinculado à Fundação Nacional de Saúde	Programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde	Estratégia vinculada à Coordenação de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde	Estratégia vinculada à Coordenação de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde	Estratégia vinculada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde
Objetivos enfatizados	Redução da mortalidade infantil e materna Controle de epidemias e endemias	Experiência de mudança do modelo de atenção	Expansão do acesso, porta de entrada e mudança do modelo de atenção	Reorganização da atenção Mudança do modelo de atenção	Reorganização da atenção; “conversão” do modelo de atenção; qualificação da AB
Estratégias acopladas ao PSF	—	—	Início Pólos de Capacitação em SF	Pólos de Capacitação em SF; SIAB; Pacto de AB	Pólos de Capacitação em SF; SIAB; Pacto de AB Fornecimento direto de medicamentos para ESF Equipes de Saúde Bucal

Fonte: Elaborado a partir de adaptação de quadro apresentado no relatório da pesquisa “Indicadores de monitoramento da Implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos” conduzida pelo DAB/SPS/Ministério da Saúde, sob coordenação de Ana Luiza Viana (Ministério da Saúde, 2002), usando dados de cobertura e gastos apresentados por Souza (2002) e outras informações levantadas na pesquisa.

Segundo dados oficiais, no final de 2002 já haveria cerca de 15 mil equipes de Saúde da Família, implantadas em mais de três mil municípios, atingindo cerca de 50 milhões de pessoas, o que corresponderia a uma cobertura de 29,2% da população brasileira²⁸⁸.

Além da expansão quantitativa, a prioridade do PSF na agenda do Ministério da Saúde se manifesta pelas seguintes mudanças e iniciativas: (a) o crescimento da participação do PSF nos gastos com atenção básica, de 5,2% em 1994 para 25,2% em 2002; (b) a adoção de instrumentos no âmbito da gestão direcionados para o PSF, como o Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), a partir de 1999; (c) a implementação da estratégia dos pólos de capacitação em Saúde da Família a partir de 1997²⁸⁹, representando o exemplo mais concreto de iniciativa do MS no sentido de interferir na formação dos recursos humanos em saúde em toda a década; (d) a adoção de estratégias assistenciais diferenciadas para o PSF a partir de 2001, como a distribuição de medicamentos diretamente para as equipes de saúde da família e o incentivo à formação de equipes de saúde bucal junto às equipes de SF, como tentativas de contornar algumas das principais lacunas da assistência no SUS nos anos 90, direcionadas para este programa.

Mas em que medida o destaque do PSF na agenda do Ministério da Saúde significa uma priorização da atenção básica pelo gestor federal?

Para Fausto (2005), o PSF desempenha um papel importante no resgate da atenção primária em saúde na agenda da política nacional a partir de 1995, tema que não havia ocupado posição de destaque na agenda da reforma sanitária brasileira dos anos 80 e no início dos anos 90²⁹⁰. A autora sugere que é na segunda metade da década que os temas da descentralização e da atenção básica se encontram na política nacional:

²⁸⁸ Dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, resumidos por Souza (2002). Ressalte-se que a cobertura estimada pelo Ministério pode estar superestimada, visto que seu cálculo considera uma proposta de abrangência da atuação das equipes de Saúde da Família nem sempre alcançada pelos municípios.

²⁸⁹ A respeito dos pólos de capacitação em Saúde da Família, ver Gil et. al (2002) e Faria e Viana (2002).

²⁹⁰ Fausto (2005) traça um histórico das políticas de atenção primária em saúde no Brasil desde os anos 70, destacando o caráter prioritário do tema naquela década, quando experiências pioneiras de transformação do modelo são implementadas em vários municípios brasileiros. Nos anos 80, o relativo esmorecimento do debate sobre a atenção primária no bojo do movimento sanitário brasileiro talvez tenha relação com a abrangência da nossa agenda de reforma sanitária e a preocupação em assegurar as diretrizes de universalidade e integralidade na estruturação do sistema, em contraposição às reformas em curso em outros países latino-americanos, que enfatizam a atuação do Estado na atenção primária, porém com feições mais focalizadas ou seletivas, seguindo recomendações de agências internacionais. Para a autora, no caso da reforma brasileira a atenção primária à saúde teria sido pensada dentro de um projeto mais amplo de transformação do modelo, e talvez por isso, não tenha sido o principal foco do debate político nos anos 80.

“Pode-se dizer que a descentralização com ênfase na municipalização das ações e serviços favoreceu o fortalecimento da atenção básica no sistema de saúde brasileiro. O mesmo movimento que traz a atenção básica para o centro das diretrizes da política nacional também reforça e aprofunda a política de descentralização.”²⁹¹

De fato, o destaque dado ao PSF e sua expressiva expansão favorecem de certa forma a retomada do debate de uma série de questões referentes ao modelo de atenção básica na política nacional e mesmo uma certa expansão da participação da atenção básica na execução orçamentária do Ministério da Saúde. A análise dos dados do período de 1995 a 2002 mostra um aumento dos gastos com a atenção básica de quase 90%, sendo que a sua participação no orçamento total do MS aumenta no período de 10,5 para 17,3%. O PACS/PSF apresenta o maior crescimento em termos de gastos (mais de 900%) entre os programas de atenção básica, enquanto o gasto com o PAB fixo praticamente não aumenta no período, se considerados os valores corrigidos pela inflação ²⁹².

Por outro lado, o enfático privilegiamento da estratégia de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde faz com que o gestor federal direcione esforços para o financiamento, o fortalecimento da gestão e a melhoria da atenção nesse programa, cuja condução no âmbito do Ministério da Saúde é separada da coordenação dos demais programas de atenção básica até 1999.

A partir de 2000, com a criação do Departamento de Atenção Básica no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde²⁹³, agregando o PACS/PSF e as coordenações técnicas dos tradicionais programas de saúde coletiva, há por parte de alguns atores a expectativa de maior integração horizontal na condução da política de atenção básica, e de extensão dos ganhos do PSF ao conjunto da atenção básica. Entretanto, o tratamento diferenciado do PSF de certa forma prossegue no período 2000 a 2002, o que pode ser exemplificado pelo crescimento do

²⁹¹ Fausto, 2005, p. 162.

²⁹² Cálculos realizados a partir de planilhas orçamentárias referentes ao período de 1995 a 2002, fornecidas pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, com atualização dos valores pelo IPCA. Os gastos com alguns outros programas de atenção básica também aumentam no período, embora não de forma tão expressiva como o PACS e o PSF. Tais mudanças já foram apontadas antes por Faveret (2002), ao estudar o período de 1995 a 2001. Vale ponderar que algumas mudanças na estrutura do MS e nos mecanismos de financiamento federal podem confundir a análise histórica dos gastos, como a extinção de alguns órgãos (ex: CEME, INAN) e transferência de suas atribuições e recursos para outros programas, com novos nomes, inclusive no âmbito da atenção básica.

incentivo financeiro específico, pelo fato do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) continuar restrito ao PSF, pela indução de pólos de capacitação para o PSF, e pela adoção de estratégias de expansão do acesso a medicamentos e atenção odontológica direcionadas para o PSF, a partir de 2001.

Além disso, no fim do período do estudo cresce entre os dirigentes e técnicos federais a preocupação com a reduzida cobertura populacional pelo PSF em municípios de maior porte, que leva a esforços de formulação de propostas e criação de incentivos para a expansão nesse programa em grandes centros urbanos. A expressão “conversão do modelo de atenção” ganha força a partir de então, para denotar o esforço de substituição do modelo tradicional pela estratégia de saúde da família. Assim, ainda que o PSF possa ter impulsionado uma retomada do debate sobre a atenção primária em saúde nos anos 90 e tenha gerado mudanças institucionais e financeiras expressivas nesse sentido- como a criação do Departamento de Atenção Básica, a definição de normas e a implantação dos incentivos financeiros para a AB - talvez esse movimento não tenha sido suficiente para dar à política de Atenção Básica uma projeção significativa para da prioridade conferida ao modelo do PSF, pelo menos no período do estudo.

A expansão acelerada do PSF, principalmente a partir de 1998 e a forma de inserção privilegiada dessa estratégia na política de atenção básica, concebida em um sentido mais amplo, evidenciam problemas e desafios ainda não equacionados.

Um primeiro grupo de problemas diz respeito às questões no âmbito de recursos humanos, tanto no que se refere à formação, quanto à disponibilidade e formas de contratação e remuneração de profissionais. Ainda que os pólos de capacitação tenham sido uma estratégia adotada no sentido de enfrentar a primeira questão, no final de 2002 o seu foco ainda é restrito ao PSF e o seu alcance é limitado para dar conta das incongruências entre o modelo de formação dos profissionais de saúde hegemônico no país e o perfil desejado para os profissionais de atenção básica. Ressalte-se que em alguns países as mudanças no aparelho

²⁹³ Há autores que destacam que a criação do Departamento de Atenção Básica e a transferência do PSF para a Secretaria de Políticas de Saúde teriam levado a um fortalecimento institucional do programa (Faria e Viana, 2002, p. 129).

formador antecedem a expansão de estratégias de transformação do modelo de atenção desse tipo²⁹⁴.

Quanto à inserção dos profissionais, cabe ressaltar que a expansão do PACS/PSF ocorre em um contexto de constrangimentos para o aumento de gastos com pessoal pelos governos, face às imposições de leis federais, levando a formas de contratação de profissionais diversificadas, como cooperativas, terceirizações, intermediação por meio de organizações não-governamentais e universidades, criação de cargos comissionados, algumas vezes sem vínculos trabalhistas estáveis (estatutários ou celetistas), particularmente no que tange aos agentes comunitários de saúde.

Na realidade, a gestão de recursos humanos é uma área de tensão entre a agenda expansiva do SUS e a agenda de reforma do Estado dos anos 90, restritiva aos gastos com funcionalismo e incentivadora de novas parcerias entre o público e o privado, inclusive para a contratação de pessoal. A expansão acelerada do PSF nesse contexto dá-se em muitos locais do país por meio do aumento dessas novas modalidades de contratação e/ou da precariedade das relações de trabalho. No final do período do estudo, surgem no âmbito do Ministério e do Conselho Nacional de Saúde esforços de identificação de alternativas para lidar com as distorções decorrentes desse processo e com os constrangimentos aos gastos com pessoal na saúde, algumas das quais direcionadas para o PACS/PSF²⁹⁵.

Ainda no âmbito de recursos humanos, na maior parte dos municípios os profissionais do PSF recebem remuneração superior a dos demais profissionais da atenção básica, devido ao incentivo dado pelo MS e pela diretriz de dedicação integral ao programa, levando a conflitos e distorções.

Outro grupo de desafios se relaciona às condições em que ocorre a expansão acelerada do PSF, no que diz respeito ao financiamento, à capacidade de gestão dos municípios e possibilidade de organização da rede e mudança das práticas e do cuidado à saúde²⁹⁶. Para que o PSF seja uma estratégia de reestruturação do modelo, no sentido da integralidade da atenção, é fundamental que sua implantação conte com recursos adequados de investimento e custeio,

²⁹⁴ Ver Canesqui e Oliveira (2002). A questão da formação de recursos humanos para a saúde será retomada no próximo capítulo.

²⁹⁵ Tais questões serão retomadas no capítulo seguinte.

²⁹⁶ Há um conjunto de pesquisas que aponta situações e modelos diferenciados de implementação do PSF, influenciados, entre outras questões, pelas condições estruturais e político-institucionais dos municípios. Ver Viana e Dal Poz (1998), Viana et al (2002), Escorel et al. (2002).

profissionais bem capacitados e comprometidos e um sistema organizado de referências para ações e serviços de saúde dos diversos níveis de atenção. Do contrário, corre-se o risco de confundir a adoção do PSF com uma estratégia de medicina simplificada para populações carentes, o que seria contrário aos princípios do SUS.

Não parece ter sido este o propósito da política conduzida pelo Ministério da Saúde no período do estudo, como assinala Fausto (2005) e os achados da presente pesquisa. Entretanto, a expansão acelerada da estratégia, face às condições estruturais diferenciadas dos diversos estados e municípios brasileiros e às demais lacunas da política nacional de saúde – como, por exemplo, a insuficiência dos investimentos, os problemas de acesso às ações de média complexidade e à assistência farmacêutica - traz sérios riscos nesse sentido. Do ponto de vista da política nacional de saúde, além das lacunas mencionadas, a própria fragmentação da estrutura do Ministério da Saúde e da condução das políticas federais no período de expansão mais acentuada do PSF – 2000 a 2002- coloca desafios para a integralidade, no que se refere ao desenho e à configuração da política²⁹⁷.

Algumas tensões nesse âmbito são agravadas pela mudança administrativa do MS em 2000. Se por um lado a criação de um Departamento de Atenção Básica sinaliza a possibilidade de integração vertical entre o PSF e os programas tradicionais de saúde coletiva, por outro lado a transferência do novo departamento da Secretaria de Assistência à Saúde para a Secretaria de Políticas de Saúde afasta a condução da política de atenção básica e do PSF da condução das políticas para a média e a alta complexidade, aumentando os conflitos internos no desenho de políticas federais de incentivo à atenção básica como estratégia de reestruturação do sistema de saúde²⁹⁸.

Um terceiro grupo de problemas diz respeito à escassa consideração das diversidades do país – regionais, locais, entre tipos de municípios – no desenho da estratégia do PACS/PSF no âmbito nacional, bem como a falta de incentivo para a adoção de outros tipos de modelos transformadores no âmbito da atenção básica ou da atenção à saúde, em sentido mais amplo. Ao definir o PSF como estratégia prioritária para todo o país e adotar uma série de normas e incentivos nesse sentido, o Ministério da Saúde não estimula iniciativas diferenciadas de

²⁹⁷ Essa é uma das dimensões da integralidade considerada no trabalho de Mattos (2001), que aborda os diversos sentidos do conceito.

²⁹⁸ Como exemplo, cabe citar os conflitos entre as duas secretarias na formulação da Norma Operacional de Assistência à Saúde em 2000, em que pesem os esforços de integração entre os grupos técnicos.

transformação do modelo de atenção, que poderiam ser mais adequadas a algumas realidades específicas.

Ademais, mesmo nos municípios em que o PSF é implantado, como enfatiza Fausto (2005), na maior parte dos casos convivem dois modelos de atenção básica – o modelo de PSF e o “tradicional” – muitas vezes de forma segmentada, com condições diferenciadas de funcionamento e com escassos incentivos para a melhoria do segundo. Ainda que o PSF tenha alcançado uma ampla disseminação no território nacional e uma cobertura expressiva, no fim de 2000, cerca de 120 milhões de brasileiros, em tese, estariam utilizando os serviços tradicionais de atenção básica²⁹⁹. Cabe portanto questionar se é desejável e viável a expansão da cobertura do PSF para a totalidade da população, ou se é importante estimular e oferecer condições para que os municípios adotem outros tipos de estratégias de estruturação do sistema e mudança no modelo de atenção, desde que norteados pelos princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade e participação social.

Para ilustrar os dilemas decorrentes da ênfase do PSF como “a” estratégia de conversão do modelo de atenção, cabe abordar brevemente o deslocamento de foco do Ministério ao final do período de estudo no sentido da expansão desse modelo para os grandes centros urbanos, que até então apresentavam, em média, coberturas baixas do PSF. Face à meta ambiciosa traçada para a expansão do PSF no período 2000-2002, a questão do aumento da cobertura nesses municípios se coloca como estratégica, levando ao financiamento de pesquisas sobre o tema e a estruturação de um grande projeto voltado para a consolidação do PSF em grandes centros urbanos. A questão é particularmente crítica nas regiões metropolitanas, que concentram expressiva parcela da população brasileira e têm baixíssima cobertura do PSF.

No entanto, como já foi mencionado, as especificidades das regiões metropolitanas não foram adequadamente consideradas no processo de implantação do SUS e de descentralização sob regulação federal nos anos 90, e o Ministério da Saúde não tem a tradição de desenho de políticas com esse tipo de corte. É certo que atualmente as periferias metropolitanas concentram grande parte da população pobre do país, e que as desigualdades de acesso aos serviços de saúde nessas regiões são gritantes. Por outro lado, também é certo que essas

²⁹⁹ Ou 80 milhões de brasileiros, se descontados os cerca de 40 milhões que usam prioritariamente o setor privado (de planos de saúde ou desembolso direto) para acesso a esse primeiro nível de atenção. Ressalte-se que, no que tange às imunizações, a utilização da rede pública é importante mesmo para os segmentos da população com acesso ao subsistema privado de serviços de saúde.

regiões apresentam um dinamismo próprio, sendo caracterizadas por relações de “dependência” entre os municípios, intensa mobilidade e deslocamento da população (por exemplo, em função do trabalho formal ou informal), assim como pela proximidade entre áreas desprovidas de serviços e áreas com oferta de profissionais e serviços nas várias especialidades e níveis de atenção, atrativos para a população. Tais características colocam desafios para modelos fortemente orientados para a adscrição de clientela, como é o caso do PSF³⁰⁰. Caberia portanto questionar se outros tipos de modelo de atenção não deveriam ser considerados para o aumento do acesso e da qualidade da atenção à população das regiões metropolitanas.

Além do mais, o deslocamento da ênfase do Ministério na expansão do PSF em municípios com mais de 100.000 habitantes, com direcionamento de esforços e recursos para esses municípios, pode prejudicar a implementação de estratégias de apoio à consolidação e melhoria do PSF nos demais municípios do país, que ainda enfrentam sérias dificuldades na estruturação de seus sistemas de saúde. Além disso, pode vir a ter efeitos negativos no que tange à equidade na distribuição de recursos entre regiões do país, visto que a maior parte dos municípios de grande porte se situa nas regiões Sudeste e Sul, que já apresentam em média melhores condições de desenvolvimento e já concentram mais recursos de saúde.

Não se trata aqui de ignorar os méritos e os avanços da estratégia de Saúde da Família, uma das políticas federais de maior capilaridade e visibilidade do país no período do estudo. No decorrer de sua implantação é provável que o PSF tenha sido responsável pelo aumento do acesso de um expressivo contingente da população às ações de saúde, bem como tenha propiciado efetivamente mudanças no modelo de organização da rede e nas práticas de atenção em vários municípios do país. Além disso, sua expansão favorece a adesão de um grande número de atores sociais, sejam políticos, gestores e técnicos do sistema de saúde, profissionais de saúde, pesquisadores e a população. Atualmente essa estratégia conta com uma importante base de apoio social e com uma relativa institucionalidade em vários locais do país, que torna difícil sua reversão, podendo vir a se constituir em um exemplo positivo de *path-dependence* a partir de uma política concebida e inicialmente implantada no contexto adverso dos anos 90. Cabe portanto reconhecer as possibilidades de contribuição dessa

³⁰⁰ Algumas dessas questões foram levantadas em trabalho anterior sobre a região metropolitana do Rio de Janeiro, em co-autoria com José Noronha e Luciana Dias de Lima (Noronha, Machado e Lima, 2003).

estratégia para a concretização dos princípios do SUS, particularmente, de universalidade e integralidade.

No entanto, é importante reconhecer e investir nas condições necessárias para que o PSF seja realmente uma prática transformadora no sistema de saúde brasileiro, assim como considerar a possibilidade de adoção e apoio a outros modelos de atenção coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde.

A política nacional de combate à AIDS: prioridade do Estado ou da sociedade?

O combate à Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida (AIDS) é o terceiro grande destaque da agenda do Ministério da Saúde no período de estudo.

Na realidade, a entrada da temática da AIDS na agenda federal se dá em meados dos anos 80, antes da instituição do SUS, porém após o início de alguns programas estaduais em resposta ao surgimento dos primeiros casos de AIDS no país. O contexto de democratização da sociedade brasileira favorece a mobilização social em torno do tema e as pressões de alguns movimentos sociais, ainda em fase de estruturação, principalmente os ligados a *gays*, sobre os governos estaduais eleitos em 1982. Particularmente em São Paulo, a precoce estruturação de um programa estadual parece ter relação tanto com o surgimento dos primeiros casos ter ocorrido naquele estado e com a maior capacidade de articulação do movimento *gay*, como também com o perfil mais progressista do governo recém-eleito e do Secretário de Estado de Saúde³⁰¹, que abrem espaço para o diálogo com segmentos da sociedade envolvidos com a questão (Parker, 2003; Basso, 2002; Teixeira, 2003).

Quando o Ministério da Saúde começa a organizar um programa nacional em 1985-1986, programas estaduais já haviam sido iniciados em ao menos 11 estados e no âmbito da sociedade civil surgiam os primeiros movimentos sociais organizados em torno da temática do combate à AIDS, como o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA) e a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA).

Parker (2003) assinala que o programa nacional em estruturação incorpora entre suas diretrizes a ênfase na não-discriminação e na solidariedade, que já vinha norteando os programas estaduais e locais, que nesse momento exercem uma influência importante sobre os debates no Ministério da Saúde. No plano mais prático, os esforços do Ministério nos anos

subseqüentes se direcionam em grande medida para o fortalecimento da vigilância epidemiológica, a organização de centros de referência em alguns estados, um intenso programa de treinamento, além do início das campanhas educacionais por meio da mídia.

O autor assinala ainda que no período 1988-1990, fortalecido pelo apoio de agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde começa a conduzir a política de forma mais centralizada, por meio da emissão de normas e propostas de atividades a serem implantadas em todo o país, muitas vezes sem considerar programas já existentes, gerando algumas tensões entre o grupo de condução federal e várias secretarias estaduais e ONGs.

Essa breve digressão sobre a fase inicial de estruturação da política nacional de combate à AIDS, que antecede o período de análise da presente pesquisa, é importante para identificar algumas características que já estavam na base de construção dessa política e irão influenciar sua implementação e expansão nos anos 90.

Algumas dessas características refletem uma lógica mais geral da formação da agenda e da estruturação de políticas nacionais. Em primeiro lugar, sendo a AIDS uma doença emergente, a resposta nacional começa a ocorrer de forma estruturada quando se tornam mais claras as evidências da probabilidade e da gravidade da sua expansão. Ainda assim, há autores que reportam uma certa resistência inicial por alguns técnicos federais em relação ao destaque dado a essa política, com argumento de que outras doenças deveriam ser prioritárias no caso brasileiro, expressando a racionalidade tradicional no planejamento de políticas de saúde pública.

Em segundo lugar, a entrada do combate à AIDS na agenda federal é sem dúvida favorecida pela resposta prévia de alguns estados – particularmente de São Paulo – à emergência da doença, em um processo relativamente comum de formação de políticas nacionais posterior às iniciativas locais. Além disso, ressalte-se a dimensão internacional da epidemia e a mobilização de agências internacionais como a OMS e a OPAS em torno do tema, com influências sobre a agenda nacional.

Um último traço a ser ressaltado, como relacionado a uma dinâmica usual de estruturação de políticas nacionais, é desde o início a organização do combate à AIDS como um programa (Camargo Jr., 2003), seguindo a lógica dos tradicionais programas verticais do

³⁰¹ O Governador era Franco Montoro e o secretário estadual de Saúde, João Yunes.

Ministério da Saúde. Inicialmente inserido na divisão responsável pelo programa de Dermatologia Sanitária/Hanseníase, o programa nacional de DST/AIDS depois passa a ser conduzido por uma estrutura federal própria³⁰², com frequência reproduzida nos estados e municípios com a formação de coordenações específicas voltadas para o combate à AIDS. Posteriormente, à lógica de “programa vertical” se agrega a lógica de “projeto” financiado com recursos de agências internacionais, contribuindo ainda mais para um certo insulamento da política de combate à AIDS em relação às demais políticas do SUS.

Por outro lado, existem peculiaridades na conformação e na condução da política nacional de enfrentamento da AIDS que merecem destaque. A principal delas é a proeminência da atuação dos movimentos sociais desde o surgimento dos primeiros casos e a intensidade de sua participação na construção e implementação da política pública, envolvendo tanto relações de conflito como de parceria com o Estado. Para Parker (2003), desde o início as organizações não-governamentais ligadas à AIDS – genericamente denominadas de ONGs/AIDS – exercem um papel importante como “consciência moral” da epidemia, atuando por meio de pressões para a adoção de medidas governamentais e legais, e principalmente na crítica às políticas governamentais (ou à sua ausência).

Além disso, as ONGs/AIDS em vários momentos participam na formulação de políticas de combate a AIDS – por exemplo, por meio de assento em uma comissão nacional de caráter consultivo – e na implementação de políticas, particularmente a partir de 1993. Nesse ano, o desencadeamento das negociações com o Banco Mundial para o projeto AIDS I favorece o início do financiamento do Ministério da Saúde para projetos de ONGs mesmo antes da celebração do acordo com o Banco. Esse movimento, por sua vez, atrai ONGs atuantes em outras áreas para a temática da AIDS³⁰³ e favorece a proliferação de pequenas ONGs nos anos subsequentes, com vista à captação de recursos para a execução de projetos pontuais. A expansão do envolvimento das ONGs na execução de ações é favorecida pelos termos dos dois acordos com o Banco Mundial – AIDS I e AIDS II -, que valorizam a

³⁰² Quando o programa é criado, ele se insere na FUNASA junto à área de dermatologia sanitária. Depois, ganha status de coordenação e passa para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) em 1993, posteriormente, para a recém criada Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) em 1997, ali permanecendo até 2003, quando a SPS é extinta e grande parte das ações de assistência é reunida sob o comando da SAS.

³⁰³ O envolvimento de ONGs atuantes em outras áreas com a AIDS também se relaciona às mudanças no perfil das pessoas afetadas pela epidemia ao longo da década. Por exemplo, à medida que aumenta o número e a

participação dessas organizações e enfatizam as estratégias de prevenção (Mattos et. al, 2001 e 2003). Se por um lado isso favorece o envolvimento da sociedade e o desenvolvimento de projetos e ações que dificilmente seriam diretamente executados pelo Estado, por outro lado, suscita outras preocupações, como uma relativa despolitização da atuação das ONGs face à ênfase no gerenciamento de projetos de atividades (Parker, 2003) e a questão da sustentabilidade dessas atividades após o término dos projetos de financiamento internacional (Mattos et. al, 2003; Camargo Jr., 2003).

Além da atuação das ONGs/AIDS brasileiras, observa-se ao longo do período do estudo a conformação de uma base social de apoio ao enfrentamento da epidemia, no âmbito nacional e internacional, que favorece o destaque dessa política na agenda do Ministério da Saúde no período do estudo.

Outra peculiaridade da política nacional de enfrentamento da AIDS é a constituição de um grupo de técnicos no âmbito nacional com *expertise* e experiência nessa área, que assegura uma certa continuidade na política na maior parte do período do estudo, o que pode ser exemplificado pela permanência no cargo dos coordenadores da Política Nacional de Combate à AIDS no decorrer de diferentes gestões ministeriais, como pode ser observado no Quadro 5.3.

Se as características descritas acima ajudam a compreender o porquê da entrada e da permanência da AIDS na agenda federal, elas não são suficientes para afirmar a prioridade dessa política para o Ministério da Saúde entre 1990 e 2002. Quais seriam então as evidências de que o combate AIDS representa uma prioridade na agenda do Ministério da Saúde no período do estudo?

A primeira evidência é o caráter expansivo da política na maior parte da década de 90, em que pese a existência de momentos diferenciados, incluindo um certo refluxo de algumas ações entre 1990 e 1992. Ainda assim, é nesse período que se inicia no país a distribuição universal do primeiro antiretroviral (a Zidovudina ou AZT) com eficácia reconhecida no tratamento da doença, abrindo espaço para a progressiva expansão da estratégia nacional de distribuição de anti-retrovirais nos anos seguintes, em consequência da descoberta de novas drogas eficazes.

proporção de mulheres infectadas pelo HIV, várias ONGs tradicionais que desenvolvem trabalhos direcionados para as mulheres passam a se envolver com a temática da AIDS.

Na realidade, a opção brasileira pelo fornecimento universal e gratuito das drogas anti-retrovirais eficazes para o tratamento da AIDS desde o início da década, em dissonância com a recomendação de agências internacionais como o Banco Mundial e de forma mais abrangente que vários outros países, é a principal evidência de priorização dessa política no âmbito federal. Cabem, portanto, algumas considerações sobre essa estratégia.

É certo que a universalidade e a integralidade são diretrizes do Sistema Único de Saúde que devem orientar todas as políticas nacionais. Nesse sentido, preconiza-se o acesso universal a todos os serviços necessários, incluindo a assistência farmacêutica, e a integração de ações de prevenção e de tratamento, o que deveria ser assegurado às pessoas com todos os tipos de problemas de saúde. No entanto, sabe-se que a implementação de uma política nacional abrangente de medicamentos e assistência farmacêutica constitui uma das principais lacunas do Sistema Único de Saúde nos anos 90³⁰⁴.

No que tange ao combate à AIDS, pelo menos no âmbito do desenho e da gestão nacional da política, observa-se o esforço de conjugar estratégias de prevenção e de tratamento, com grande destaque para o acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais (ARV). O aumento do número de casos e a progressiva incorporação de novas drogas ao esquema de financiamento federal levam a um importante aumento dos gastos com medicamentos para AIDS ao longo do período do estudo, particularmente após 1996. Esse ano é emblemático para a estratégia de fornecimento de medicamentos no âmbito do programa de controle da AIDS por alguns acontecimentos, cuja breve consideração é importante para compreender os desdobramentos da política nacional nos anos subsequentes.

Em maio de 1996, em decorrência de pressões da Organização Mundial do Comércio (OMC) é aprovada a Lei de Propriedade Intelectual brasileira (Lei 9279/96), que coloca o Brasil em conformidade com os termos do Acordo TRIPS (Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights), ou seja, compromete o país com o respeito aos direitos de patente da indústria farmacêutica, entre outras indústrias³⁰⁵. Em julho do mesmo ano, na XI Conferência Internacional de AIDS em Vancouver (Canadá) é amplamente discutida a eficácia

³⁰⁴ Essa questão será retomada no Capítulo 6.

³⁰⁵ Existe uma ampla produção sobre a questão da propriedade intelectual e acesso a medicamentos em países em desenvolvimento, cuja análise foge ao escopo deste trabalho. A propósito, ver Basso e Polido (2005), Bermudez et al. (2004), e o trabalho recentemente concluído de Gabriela Costa Chaves, pesquisadora do Núcleo de Assistência Farmacêutica/ENSP, divulgado no ENSP Notícias, disponível em: http://intranet.ensp.fiocruz.br/informe/materias_print.cfm?mat=5835 (Acesso em 06/06/2005).

da combinação de drogas anti-retrovirais no tratamento a pessoas com AIDS. Em novembro, após uma rápida tramitação de três meses, é aprovada no Congresso Nacional a Lei 9313/96, que garante o acesso das pessoas com AIDS aos medicamentos necessários ao seu adequado tratamento³⁰⁶.

A aprovação de uma lei específica para assegurar os medicamentos para pessoas com AIDS, em um sistema de saúde universal como o SUS, que por determinação constitucional-legal deveria garantir esse direito a todos os cidadãos, expressa, por um lado, a pressão e a força dos atores envolvidos ou interessados nessa política, especialmente os movimentos sociais ligados à AIDS, os funcionários do Programa Nacional de Combate à AIDS e a indústria farmacêutica produtora dos referidos medicamentos. Os movimentos sociais já tinham preocupação com os riscos de descontinuidade das políticas federais regulamentadas somente por portarias ministeriais, consideradas relativamente fracas em relação à ação legislativa³⁰⁷. Os funcionários do Programa Nacional de AIDS sempre atuaram de forma determinada em busca de apoio e condições para uma proposta de política abrangente, e buscam garantir o acesso das pessoas à medicação conforme as novas orientações terapêuticas internacionalmente reconhecidas. E a indústria farmacêutica produtora dos medicamentos tem interesse em ampliar o seu mercado e volume de vendas, o que seria favorecido pela expansão das compras governamentais, bem como em garantir bons lucros, o que seria facilitado pela legislação de proteção à propriedade intelectual.

Por outro lado, a aprovação da referida Lei reforça o destaque dado ao combate à AIDS no plano nacional, à medida que reitera o papel do Estado no fornecimento de todos medicamentos necessários para o tratamento da doença, bem no ano em que novas estratégias terapêuticas com maior eficácia foram internacionalmente reconhecidas, envolvendo inclusive algumas drogas sob proteção de patentes. O Ministério da Saúde, que já vinha ampliando nos anos anteriores a distribuição de medicamentos para AIDS, a partir de 1996 passa a financiar a terapia tríplice com diferentes ARV para as pessoas com indicação terapêutica, o que leva a um expressivo aumento nos gastos federais com essas drogas nos anos subseqüentes, sendo que entre 1995 e 2001 os gastos anuais com medicamentos para DST/AIDS aumentam de

³⁰⁶ A respeito da tramitação e aprovação da Lei, ver Baptista (2003).

³⁰⁷ Parker (2003) desenvolve esse argumento, dando o exemplo da descontinuidade das ações entre 1990 e 1992.

cerca de dois milhões para mais de 500 milhões de reais, ou seja, um acréscimo de mais de 24.000%³⁰⁸.

De 1996 em diante, portanto, parcela crescente dos recursos orçamentários do Programa Nacional de Combate à AIDS passa a financiar a distribuição de medicamentos ARV³⁰⁹, enquanto os recursos advindos dos acordos firmados com o Banco Mundial – AIDS I e AIDS II – se direcionam predominantemente para as estratégias de prevenção e projetos desenvolvidos por organizações não governamentais (Mattos et. al, 2001 e 2003). Durante todo o período, as ONGs/AIDS exercem um papel importante na cobrança e no controle sobre o cumprimento do preceito legal de garantia do fornecimento dos medicamentos.

Paralelamente à incorporação de novas drogas ao esquema de financiamento e distribuição federal, observa-se a partir de 1997 uma certa expansão do número de drogas produzidas no Brasil. Entretanto, a vigência de proteção da propriedade intelectual por meio de patentes, conforme os termos do acordo TRIPS reconhecido pela Lei brasileira de 1996, propicia que as indústrias farmacêuticas transnacionais cobrem elevados preços sobre os medicamentos patenteados e dificulta a produção nacional desses medicamentos, obrigando a importação de algumas drogas patenteadas.

É a associação entre esses acontecimentos – a promulgação da lei de patentes brasileira, no mesmo ano em que a terapia combinada é internacionalmente recomendada e é aprovada a lei de medicamentos para a AIDS; o aumento das importações e os altos custos dos medicamentos patenteados; e um certo aumento da capacidade de produção de alguns produtores nacionais - que faz com que o Ministério da Saúde tenha que direcionar esforços para as negociações e enfrentamento com as indústrias de medicamentos³¹⁰ de forma a evitar a ruptura com a política de distribuição de medicamentos que vinha sendo desenvolvida.

³⁰⁸ Esses dados, apresentados por Faveret (2002, Anexo 2C), são ajustados pelo IPCA para valores de dezembro de 2001. Segundo a autora, no mesmo período, os gastos orçamentários do Ministério da Saúde com os demais medicamentos ditos “estratégicos” apresentam uma redução (de 600 milhões em 1995 para 343 milhões, também em valores ajustados). Já os gastos com medicamentos da farmácia básica no ano de 2001 foram de cerca de 168 milhões.

³⁰⁹ Acrescente-se ainda o aumento de serviços diagnósticos associados, como a realização de exames para contagem de linfócitos CD4 e dosagem da carga viral, cujos resultados são importantes como critério para início da terapia combinada de ARV no caso de pacientes HIV + assintomáticos e para acompanhamento do tratamento.

³¹⁰ O decreto presidencial nº 3201, de 6 de outubro de 1999, dispõe sobre a licença compulsória segundo o art. 71 da Lei 9279/96, nos casos de emergência ou interesse público.

Para isso, principalmente a partir de 2000-2001, o Ministério da Saúde empreende um esforço de busca de apoio à experiência brasileira no plano internacional, de forma a reunir forças para as negociações com a indústria farmacêutica.

Em fevereiro de 2001, o Ministério ameaça duas diferentes empresas farmacêuticas com o uso de licenciamento compulsório para a produção de anti-retrovirais no Brasil, mas não chega a utilizar essa prerrogativa legal, pois as empresas fazem acordos de redução substantiva dos preços dos medicamentos. Os EUA chegam a entrar com uma queixa contra a legislação brasileira na Organização Mundial de Comércio, mas a retiram três meses depois, após o Brasil ter conseguido apoio de 52 países da Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (os EUA foram a única exceção) a uma moção sobre o direito de acesso a medicamentos de AIDS a preços acessíveis. Em novembro de 2001, na 4ª Conferência Ministerial da OMC em Doha (Catar) é aprovada por unanimidade a declaração apoiada pelo Brasil de que o Acordo TRIPS não deve se sobrepor aos interesses de saúde pública dos estados-membros. Tal acontecimento pode contribuir para fortalecer os países em desenvolvimento no que diz respeito tanto às negociações com a indústria farmacêutica para a adoção de políticas de preços diferenciados de medicamentos essenciais, como na possibilidade de utilização do licenciamento compulsório nos casos pertinentes, o que é de grande relevância para os países latino-americanos, africanos e do sul asiático.

As diversas fases da política nacional de combate à AIDS até o ano 2002 estão resumidas no Quadro 5.3. a seguir.

Quadro 5.3.– Principais fases e marcos da política nacional de combate à AIDS até 2002.

Fase	Caracterização	Dirigentes do MS	Principais marcos da política sob condução do MS	Outros marcos relevantes para a política nacional
1985-1990	Criação e estruturação inicial	Ministro – Seigo Tzuzuki Coordenadora da PNAIDS - Lair Guerra de Macedo	1985 –diretrizes para o programa de controle da AIDS, no âmbito da Div. de Dermatologia Sanitária 1986 – criação da Comissão de Assessoramento em AIDS; AIDS como doença de notificação compulsória; 1987- início da circulação do Boletim Epidemiológico de AIDS 1988- Criação do Programa Nacional de AIDS; início distribuição de medicamentos para infecções oportunistas pelo sistema público; primeira campanha publicitária do Programa Nacional;	1988- A Assembléia Constituinte proíbe a comercialização do sangue; Obrigatoriedade de teste sorológico para HIV em doações de sangue Constituição de 1988 assegura o direito universal à saúde.
1990-1992	Instabilidade de ações anteriores Início terapia ARV	Ministro Alcení Guerra Coordenador da PNAIDS - Eduardo Côrtes	1991 – início da distribuição de AZT pelo sistema público de saúde; -o MS nega a participação do Brasil em estudo sobre a vacina contra a AIDS proposto pela OMS	
1992-1996	Reestruturação	Ministros Adib Jatene (1992); Jamil Haddad (1993); Henrique Santillo (1993-1994) e Adib Jatene (1995-1996) Coordenadora da PNAIDS - Lair Guerra de Macedo	1992- Criação no âmbito do PN de um “setor de articulação com ONGs” 1993- Assinatura do primeiro acordo com o Banco Mundial para “Projeto de Controle de DST/AIDS” (AIDS I), para vigorar entre 1994 e 1998; primeira concorrência de ONGs para apoio financeiro no âmbito do AIDS I; -início da distribuição do ddI pelo sistema público;	1993- início da fabricação do AZT no Brasil por laboratório privado
1996-2000	Expansão, com implantação da política universal de acesso à terapia medicamentosa combinada de ARV	Ministros Adib Jatene (1996); Carlos Albuquerque (1997-início de 1998), José Serra (1998-2000) Coordenador da PNAIDS- Pedro Chequer	1996- Início da distribuição universal e gratuita dos ARV na rede de serviços públicos de saúde (AZT, ddI, ddC, 3 TC, Saquinavir e Ritonavir) para propiciar a terapia combinada, de acordo com as recomendações de ensaios clínicos. 1997- anunciada a criação da Coordenação Nacional de DST/AIDS; início da distribuição pelo sistema público de Indinavir e d4T 1998 - o sistema público inicia a distribuição de Nelfinavir, Nefirapina e Delavirdina; -início da implantação do SICLOM (sistema de controle logístico de medicamentos);	1996 – em maio, é aprovada a Lei 9279, de Propriedade Industrial, que coloca a legislação brasileira em concordância com o Acordo TRIPS da OMC -Em julho, na 11ª Conf. Internacional de AIDS em Vancouver, é anunciada a eficácia da combinação de ARV 1996- A Lei 9313, de 13 de novembro, garante a distribuição gratuita de medicamentos essenciais para a AIDS no sistema público 1997- Brasil começa a produzir ddC e d4T 1998- início da produção por laboratórios

			<p>-criação pelo MS do Conselho Empresarial em Prevenção de HIV/AIDS;</p> <p>- Em dezembro, assinatura do acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o II Projeto de Controle de DST/AIDS (AIDS II)</p> <p>1999 – início da distribuição pelo sistema público de Efavirenz</p>	<p>públicos do ddi;</p> <p>1999- Comprometimento da compra de medicamentos devido à desvalorização cambial gera protestos das ONGs/AIDS;</p> <p>- Início da produção nacional de 3 TC e da combinação AZT + 3 TC</p> <p>- Decreto nº 3201, de 6 de outubro, dispõe sobre a licença compulsória segundo o art. 71 da Lei 9279, nos casos de emergência ou interesse público.</p>
2000-2002	Tensões com a indústria farmacêutica e projeção internacional	<p>Ministro José Serra (2000-2002)</p> <p>Coordenador da PNAIDS- Paulo Roberto Teixeira</p>	<p>2001</p> <p>- Em fevereiro o Ministro da Saúde ameaça utilizar o licenciamento compulsório nos casos dos medicamentos Nelfinavir (fabricado pela Roche) e Efavirenz (fabricado pela Merck)</p> <p>-Início da distribuição do Amprenavir pelo sistema público de saúde</p> <p>-Em abril, é feito um acordo entre o MS e a Roche, para a redução de preços de dois ARV (Indinavir e Efavirenz).</p> <p>-Em maio o Brasil apresenta à Comissão de Direitos Humanos da ONU uma resolução sobre o direito de acesso a medicamentos de AIDS a preços acessíveis, recebendo o apoio de 52 países (os EUA são a única abstenção).</p> <p>-Em agosto o MS anuncia o licenciamento compulsório do Nelinavir; a Roche faz um acordo de redução de preços com o MS para evitar o licenciamento compulsório.</p>	<p>2000</p> <p>- Início da produção nacional de Indinavir e Nefirapina</p> <p>-Julho de 2000 – 13º Conf. Internacional de AIDS em Durban–a experiência brasileira obtém reconhecimento internacional</p> <p>-Em novembro, manifestação nacional por ONGs/AIDS pedindo a compra de ARV que teria ficado comprometida por demora na liberação de recursos para o MS</p> <p>2001</p> <p>-Em fevereiro - pedido dos EUA na OMC de painel contra dispositivos da lei de patentes brasileira;</p> <p>-Em maio, protesto de 250 ONGs em frente ao consulado norte-americano em Recife, contra o pedido dos EUA na OMC;</p> <p>-Em junho, os EUA retiram o painel contra o Brasil da OMC.</p> <p>-Em novembro – na 4º Conferência Ministerial da OMC em Doha (Catar) é aprovada por unanimidade a declaração de que o Acordo TRIPS não deve se sobrepor aos interesses de saúde pública dos estados-membros.</p>

Fonte: Elaborado a partir de informações reunidas de Galvão (2002) e Parker (2003).

Em que pese os diferentes momentos do desenvolvimento da política nacional de combate à AIDS, é possível identificar na análise dessa política que as suas bases foram fundadas ainda ao final dos anos 80, que houve importantes elementos de continuidade na sua condução e implementação e que essa trajetória é marcada pela expansão da abrangência da política. Um dos fatores que contribui decisivamente para isso é a articulação entre diversos grupos de atores, em especial a importante participação e vigilância da sociedade civil organizada, envolvendo tanto relações de parceria quanto de conflito com o Estado, em um processo singular para a política pública de saúde no Brasil. No âmbito do Estado, é importante a participação do Legislativo, do Judiciário e do Executivo das três esferas de governo. O papel do Ministério da Saúde nessa política é bastante destacado, favorecido pela atuação competente dos dirigentes e funcionários do Programa Nacional de Combate à AIDS, bem como pelo apoio de sucessivos Ministros.

Ao final do período do estudo, o “modelo brasileiro” de combate à AIDS, tem importante apoio da sociedade brasileira e reconhecimento internacional. Dados oficiais sugerem uma redução da mortalidade e da morbidade associada à doença, principalmente após a adoção da terapia tríplice com ARV em meados da década. Além dos benefícios fundamentais em termos de sobrevivência e bem-estar das pessoas – que *per se* justificam a defesa da política em curso –, o Ministério da Saúde chega a apresentar projeções de redução de custos com internações e tratamento de infecções oportunistas em função do tratamento combinado com ARV³¹¹. Por outro lado, as tendências observadas de evolução da epidemia no período do estudo – heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização³¹² – colocam importantes desafios para a política pública de saúde, muitos dos quais não equacionados.

A reflexão sobre a atuação do Ministério da Saúde na política de combate à AIDS, sugere algumas lições e dilemas em relação às perspectivas para essa política específica, à sua inserção no Sistema Único de Saúde e à condução da política nacional de saúde. Embora não seja possível no âmbito desse trabalho aprofundar essas questões, algumas delas merecem comentário.

³¹¹ Ver a propósito, Basso (2002) e Teixeira (2003), entre outros autores.

³¹² Esses termos são utilizados por estudiosos da área para indicar: o aumento da importância da transmissão heterossexual do vírus; o aumento da prevalência e da proporção de mulheres infectadas; o aumento da incidência da doença nos municípios do interior; e o aumento do acometimento da população mais pobre, como ocorre em relação a grande parte dos problemas de saúde. Ver a propósito os diversos artigos publicados na Revista Divulgação em Saúde para Debate, nº 27, de agosto de 2003, e os boletins epidemiológicos de AIDS, disponibilizados nas páginas do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) e da ABIA (www.abiaids.org.br).

No que diz respeito aos princípios do SUS, não há dúvidas de que a política de AIDS é uma das que mais avança no sentido da universalidade, integralidade e participação social. Particularmente no que se refere à integralidade, que pode ser pensada em vários planos³¹³, é possível identificar a busca de integralidade no desenho e na gestão da política e no esforço de integração entre prevenção e assistência. Por outro lado, como assinala Camargo Jr. (2003), mesmo nesse plano persiste o desafio de integração com as várias áreas da política de saúde, visto que a política de AIDS segue uma trajetória relativamente insulada, típica de um programa vertical, bem como a articulação com outras áreas da política governamental, que ainda é bastante frágil³¹⁴.

Além do mais, é difícil saber se as políticas que vêm sendo adotadas, tanto no âmbito da prevenção quanto da assistência, têm sido adequadas para os diferentes grupos populacionais atingidos pela doença³¹⁵, mais ainda, se essas políticas têm sido equitativas. É provável que, a despeito do desenho igualitário da política nacional, as marcantes desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde no país também se reproduzam no que diz respeito às pessoas com HIV/AIDS, seja no interior do sistema público de saúde, seja nas complexas relações estabelecidas entre o público e o privado na área da saúde no Brasil.

Particularmente a análise da política federal de medicamentos para AIDS permite extrair lições e identificar dilemas a serem enfrentados nos próximos anos no âmbito da política nacional de saúde. É certo que essa política resulta não apenas de decisões isoladas de dirigentes federais, mas da mobilização de um grande conjunto de atores sociais, que influenciam o posicionamento do Ministério da Saúde. Mas também é claro que essa política não teria avançado sem uma atuação proeminente do gestor federal nesse âmbito.

Um primeiro ponto a ser ressaltado é a posição firme do Ministério da Saúde nas negociações com o Banco Mundial para os acordos referentes aos projetos AIDS I (vigente entre 1994 e 1998) e II (vigente entre 1998 e 2002), em que o Ministério assume o desenho abrangente da política, apesar da posição contrária do Banco Mundial ao fornecimento de medicamentos pelo sistema público de saúde (Mattos et. al, 2001 e 2003). Observa-se um

³¹³ Sobre os vários sentidos da integralidade, ver Mattos (2001).

³¹⁴ Essa questão é abordada, entre outros, por Parker (2003). Além de enfatizar a omissão de alguns ministérios em relação ao tema, o autor chega a dar exemplos de posturas discordantes, como a adoção de medidas pelo Ministério da Justiça em relação aos portadores do vírus HIV+ em regime penitenciário contrárias às orientações do Ministério da Saúde.

³¹⁵ Particularmente no que diz respeito à prevenção, Camargo (2003) identifica várias “prevenções” possíveis, e sugere uma maior eficácia de políticas direcionadas a grupos específicos do que somente as

arranjo financeiro de forma que os recursos internacionais desse projeto são direcionados principalmente para a prevenção e para o apoio a projetos de ONGs, enquanto o esforço financeiro do Ministério pode se voltar para o financiamento de medicamentos.

Por outro lado, ainda que o volume total de recursos desses empréstimos não seja imenso se comparado aos gastos totais do MS com essa política³¹⁶, o seu caráter provisório e a possibilidade de não-renovação suscitam preocupações em relação à continuidade e sustentabilidade das ações que vêm sendo desenvolvidas com esses recursos, conforme destacado por vários autores, o que em última análise poderia levar a um aumento de competição pelos demais recursos, a revisão dos critérios de financiamento federal, e uma nova divisão de responsabilidades sobre as ações no âmbito dessa política³¹⁷.

Outro ponto importante diz respeito às relações entre o Ministério da Saúde e a indústria farmacêutica no que diz respeito aos medicamentos para AIDS. Face às características da indústria farmacêutica, nesse campo se expressam fortemente alguns dilemas relacionados à forma de inserção do país no capitalismo internacional, que constroem o desenvolvimento econômico e social nacional, com tensões para a adoção de uma política de saúde universal e abrangente. É assim que o compromisso brasileiro com exigências da Organização Mundial do Comércio – consubstanciados na Lei de Propriedade Intelectual de 1996 – coloca dificuldades para a universalização do acesso e distribuição gratuita de medicamentos no país, afetando não apenas a política de AIDS. Mas são os desafios no âmbito dessa política que provocam o recrudescimento do debate sobre as adversidades da questão da propriedade intelectual para as políticas públicas na área da saúde. A partir de 2000, aumenta o debate sobre a possibilidade das indústrias praticarem políticas de preços diferenciados para países em desenvolvimento, bem como dos países adotarem legislações que incorporem flexibilidades no que tange aos direitos de propriedade intelectual, incluindo o uso de licenciamento compulsório de patentes nos casos de interesse para a saúde pública, o que poderia ser aplicado para várias áreas, para além do combate à AIDS.

campanhas de larga escala. O autor identifica ainda imprecisões e dilemas conceituais em relação ao campo da prevenção, que dificultariam tanto o desenho quanto a avaliação de políticas nesse âmbito.

³¹⁶ Basso (2002) assinala que o volume de recursos da fonte Banco Mundial para o financiamento das ações de DST/AIDS representa apenas cerca de 9% do financiamento governamental além do convênio internacional. Apesar de relativamente pouco expressiva, o autor destaca a importância dessa fonte para o estímulo a estados, municípios e ONGs no desenvolvimento de ações nessa área.

³¹⁷ A respeito dos desafios colocados para a sustentabilidade da política, ver Mattos et al. (2003); Parker (2003); e Camargo (2003). Segundo especialistas, uma das soluções identificadas para lidar com essa questão é a descentralização de responsabilidades e de recursos para estados e municípios, o que de fato se acentua após 2003, sendo criado um incentivo financeiro específico para as ações de DST/AIDS.

Na experiência brasileira, a ameaça de licenciamento compulsório pelo Ministério da Saúde – prática não concretizada até o término da pesquisa– possibilitou no período do estudo acordos de redução de preços de alguns medicamentos para a AIDS. Um estudo recentemente concluído sugere que a legislação brasileira sobre propriedade intelectual seria mais avançada do que a de outros países latino-americanos e que o Brasil ainda não teria utilizado as várias prerrogativas de flexibilidade previstas na legislação³¹⁸. Essa linha de ação é importante, mas talvez não seja suficiente para tirar o país de sua dependência em relação às importações de novos medicamentos, nem de sua vulnerabilidade face aos altos preços que continuam a ser praticados pela indústria farmacêutica transnacional, comprometendo a possibilidade de acesso da população aos medicamentos necessários para a sua saúde.

Decorre daí uma outra linha importante de ação, que é o fortalecimento da produção nacional, o que, segundo alguns estudos, propiciou uma redução expressiva de preços de vários medicamentos para a AIDS³¹⁹. Ademais, a expansão e o fortalecimento da capacidade de produção nacional foi importante como instrumento de pressão para a redução de preços de drogas patenteadas. Portanto, para uma redução da vulnerabilidade do país, no que diz respeito ao acesso da população aos medicamentos, é importante investir na produção nacional e em políticas estruturais de desenvolvimento tecnológico de longo prazo³²⁰.

Essa breve reflexão sobre a atuação do Ministério da Saúde na política de combate à AIDS no período 1990-2002 permite caracterizá-la como uma política de Estado de corte nacional, assumida como prioridade pela sociedade e pelos governos, bem como levantar algumas lições e questionamentos que podem contribuir para a estruturação de políticas de saúde mais coerentes com os princípios do SUS. No entanto, como assinalam Mattos et. al (2003), resta saber se a sociedade (e os governos) mobilizar-se-ão no sentido de preservar

³¹⁸ Entrevista concedida por Gabriela Costa Chaves, pesquisadora do Núcleo de Assistência Farmacêutica/ENSP ao ENSP Notícias, disponível em: http://intranet.ensp.fiocruz.br/informe/materias_print.cfm?mat=5835 (Acesso em 06 jun 2005).

³¹⁹ Vitória (2003) aponta que ao final de 2001 o MS distribuía 14 ARV, de 3 classes farmacológicas, atingindo mais de 120 mil pessoas com indicação terapêutica. A queda de preços dos ARV adquiridos entre 1996 e 2001 teria sido de 82% para os medicamentos produzidos no Brasil e de somente 25% para as drogas importadas. Em 2001, a proporção dos gastos do MS com ARV importados seria de 57%, enquanto 63% dos ARV consumidos no sistema público consistiam em medicamentos produzidos por 5 laboratórios nacionais estatais, sendo Farmanguinhos/ FIOCRUZ responsável por 40% desta produção. Nos anos subsequentes, os gastos do MS com três ARV patenteados alcançam 80% do total de gastos federais com ARV, segundo entrevista concedida por Gabriela Costa Chaves ao “ENSP Notícias”, supra-citada.

³²⁰ Passarelli e Terto Jr. (2003) também ressaltam a importância de investir na produção nacional para reduzir a dependência da política nacional às variações cambiais e tecnologia estrangeira.

as conquistas para os pacientes com HIV/AIDS e estendê-las aos outros cidadãos brasileiros.

Além das três políticas discutidas neste capítulo – descentralização, Saúde da Família e combate à AIDS- que apresentam grande destaque na agenda federal em parte expressiva do período do estudo, a compreensão da atuação do Ministério da Saúde requer a análise da configuração dos diferentes campos de atuação do Ministério, o que constitui o objeto do próximo capítulo.

Capítulo 6 – Os campos de atuação do Ministério da Saúde

Este capítulo procura traçar uma breve caracterização dos principais campos de atuação do Ministério da Saúde, identificando algumas das estratégias prioritárias e lacunas da ação federal nesses campos no período de 1990 a 2002.

Os campos de atuação considerados são: (1) Assistência à saúde (incluindo a regulação do segmento de assistência médica suplementar); (2) Vigilância epidemiológica (e prevenção e controle de doenças sob vigilância); (3) Vigilância sanitária; (4) Desenvolvimento, produção e regulação de insumos para a saúde; (5) Formação e gestão de recursos humanos para a saúde.

Assistência à Saúde

O campo de assistência à saúde, para efeito deste trabalho, compreende o conjunto de atividades direcionadas para o cuidado às pessoas, famílias, comunidades, ou grupos populacionais, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação da saúde. Nesse sentido, tal campo pode incluir todo o conjunto de atribuições e práticas de organização e prestação das ações e serviços de saúde dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, em vários tipos de serviços (ambulatoriais, hospitalares, domiciliares), de vários níveis de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade), algumas voltadas para grupos populacionais específicos (saúde da mulher, saúde da criança, saúde indígena).

No início dos anos 90, com a formação do novo Ministério da Saúde como autoridade sanitária nacional, esse campo de atuação federal começa a ser reconfigurado, face à necessidade de integrar as ações de assistência médica individual antes sob responsabilidade do INAMPS com aquelas sob condução do antigo Ministério da Saúde, sobretudo as organizadas em programas verticais. Associada à reformulação da estrutura administrativa e regimental, ocorre uma redistribuição de atribuições, sendo que a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), cujo secretário acumula a Presidência do INAMPS, é a nova estrutura responsável – em tese – pela condução da política de assistência à saúde.

A SNAS/INAMPS assume a normalização, o financiamento, e o controle da rede ambulatorial e hospitalar do SUS; a responsabilidade de gestão, operação e descentralização da rede assistencial federal; e a condução de algumas políticas e

programas verticais, organizados pela lógica de grupos populacionais ou doenças específicas, como as políticas de saúde mental, câncer e tuberculose (que tinham em comum a vinculação anterior a grandes Campanhas Nacionais). A SNAS/INAMPS também começa a estruturar os Sistemas Integrados de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPACS), a partir da formação de comissões de *experts* para desenhar as políticas de alta complexidade, como nas áreas de cirurgia cardíaca, câncer, nefrologia (diálise/transplantes)³²¹.

A redivisão interna de atribuições segue uma certa racionalidade de planejamento, mas também um certo grau de arbitrariedade. Nem todas as ações assistenciais passam ao comando da SNAS. Várias ações assistenciais referentes às doenças transmissíveis sob vigilância ficam sob condução da Fundação Nacional de Saúde. Isso ocorre porque no Brasil, a área de Vigilância Epidemiológica tradicionalmente se estrutura compreendendo tanto as ações de vigilância *strictu sensu*, quanto sua articulação com a prevenção e o controle de agravos específicos, como será tratado adiante. Mas isso não se dá em relação a todas as doenças transmissíveis, visto que a condução da política de controle da tuberculose fica sob a responsabilidade da SNAS desde o início da década e em 1993 o programa de combate à AIDS passa da FUNASA para a SNAS (o que no entendimento de alguns, pode representar uma fragmentação no âmbito da vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis).

Outras políticas que podem ser qualificadas como de assistência que não ficam sob o comando da SNAS são a atenção à população indígena e o programa de Agentes Comunitários de Saúde (que de início tinha a finalidade de contribuir para o controle de algumas epidemias e endemias), cuja condução é atribuída à FUNASA no início da década. Em 1995, um ano após a criação do Programa de Saúde da Família, o PACS/PSF passam para a então Secretaria de Assistência à Saúde. A fragmentação na condução da assistência à saúde é acentuada novamente após a criação da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) em 1997, que assume parte dos programas de atenção. Também a assistência farmacêutica, na maior parte do período do estudo, é dividida entre várias áreas.

Essas observações são importantes para ressaltar que nunca houve um comando único sobre a condução da totalidade das atividades de assistência à saúde no interior do Ministério da Saúde, sendo a integração dessas políticas largamente dependente da

³²¹ Informações obtidas principalmente por meio de entrevista com Ricardo Akel em 18 de novembro de 2004 e de análise de portarias ministeriais e documentos do período. A propósito da produção normativa do Ministério da Saúde, ver também Baptista (2003).

capacidade de articulação entre as distintas áreas do Ministério, o que na maior parte das vezes, não é adequadamente alcançado, em que pesem esforços ocasionais nesse sentido. Uma primeira característica da atuação do Ministério da Saúde nesse campo é, portanto a *dispersão* e a *fragmentação* de estratégias, com coexistência e tensões entre as *distintas lógicas de estruturação das políticas*, que podem ser organizadas segundo níveis de complexidade, tipos de serviços, grupos populacionais ou problemas de saúde específicos.

Mas como se caracteriza a atuação do Ministério da Saúde no que tange à assistência à saúde no período 1990 a 2002? Que tipos de estratégias e ações se destacam?

Ainda que na primeira metade da década a questão da organização da assistência e do modelo de atenção à saúde não tenham ocupado posição central da agenda federal – em contraposição à descentralização-, mesmo nesse período a atuação do Ministério no campo da assistência à saúde é importante. Isso se dá por um lado por meio do financiamento, normatização e controle da assistência ambulatorial e hospitalar nos moldes do INAMPS, envolvendo mudanças em normas técnicas, nas tabelas de procedimentos e expansão dos sistemas de informações de base nacional relativos à assistência, por exemplo.

No início dos anos 90 observam-se também iniciativas de organizar os sistemas de alta complexidade em áreas específicas, uma questão que será retomada com vigor ao final da década. Por outro lado, as áreas técnicas ligadas a programas verticais voltados para grupos populacionais ou agravos específicos mantêm seu curso de ação, por meio de normas técnicas, fornecimento de insumos e medicamentos e/ou apoio à organização das áreas correspondentes nas secretarias estaduais e municipais, envolvendo às vezes também estratégias de capacitação e treinamento em serviço.

No período 1995-1996, ocorrem mudanças importantes de dois tipos no que diz respeito à área de assistência à saúde. Em primeiro lugar, há uma política de controle das internações hospitalares, com vistas à redução de fraudes e de internações desnecessárias, implantada por meio de uma série de medidas que envolvem mudanças nas normas técnicas, no financiamento e introdução de controles nos sistemas de informações, e acabam por levar a uma inversão nos gastos federais, de modo que em 1996 pela primeira vez os gastos ambulatoriais superam os hospitalares. O segundo grupo de mudanças se relaciona a um fortalecimento do debate sobre a organização e o modelo de atenção, que transparece no processo de formulação e no conteúdo final da NOB/96, particularmente no que diz respeito aos incentivos à adoção das estratégias do PACS/PSF no âmbito da atenção básica.

Mas é principalmente a partir de 1998 que se observam mudanças mais profundas nas estratégias federais no âmbito da assistência à saúde. Por um lado, a acentuação da descentralização com o início da implantação da NOB/96 traz a atenção básica para o foco da ação federal, o que é demonstrado pela implantação do PAB e proliferação de incentivos financeiros para programas e ações específicos no âmbito da atenção básica e particularmente pela ênfase na expansão do PSF. Por outro lado, também há uma expansão expressiva da ação federal na normatização de aspectos relativos à organização de redes assistenciais específicas (por exemplo, redes de urgência e emergência, atenção obstétrica) e de sistemas de alta complexidade (por exemplo, o Sistema Nacional de Transplantes, a atenção na área de oncologia). Uma terceira vertente diz respeito à proliferação de campanhas temáticas – combate ao câncer de colo uterino, cirurgias de catarata, de varizes, entre outras – como uma estratégia defendida pelo próprio Ministro no sentido de desafogar o sistema de saúde da demanda reprimida, sustentada por ampla divulgação na mídia, mecanismos financeiros próprios e estratégias gerenciais especialmente construídas.

Os programas de atenção a grupos específicos – definidos segundo critérios sócio-demográficos (ex: saúde da mulher) ou por tipos de agravos/doenças (ex: saúde mental) - seguem o seu curso próprio, ora sob comando da SAS, ora sob comando da SPS, adotando por vezes marcos ou incentivos coerentes com a estratégia federal mais ampla. O programa de controle da AIDS tem grande destaque na agenda principal do Ministério no período, como foi abordado no capítulo anterior.

Os demais programas voltados para grupos específicos permanecem com um espaço relativamente delimitado ou seguem um curso tradicional. Por exemplo, a atenção à mulher, apontada como prioridade por alguns dirigentes, é alvo de uma série de estratégias ao longo do período, especialmente no que diz respeito às questões relacionadas à esfera reprodutiva (pré-natal, aleitamento) e às campanhas de prevenção de câncer de cólo de útero.

A área de saúde mental do Ministério da Saúde, embora não tenha tido um caráter de grande destaque na agenda principal do Ministério no período do estudo, em geral segue as orientações do movimento de luta antimanicomial internacional e nacional³²² no sentido de adotar, desde o início dos anos 90, algumas estratégias voltadas para a transformação das instituições psiquiátricas, a desospitalização, a mudança do modelo de atenção e a melhoria da qualidade da atenção às pessoas com transtornos mentais. Destacam-se a

emissão de normas técnicas para funcionamento e a inclusão nas tabelas de remuneração do SUS de procedimentos relativos aos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), no período de 1990 a 1992; a regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em 2000; mudanças nos mecanismos de financiamento para incentivar a desospitalização e adoção de medidas voltadas para a avaliação da assistência e qualificação das instituições psiquiátricas em alguns momentos do período³²³. Ao longo do período do estudo, houve redução do número de internações psiquiátricas em todas as regiões do país. Ainda assim, ressalte-se que em 2002, cerca de 80% dos gastos federais na área ainda eram na área hospitalar (Brasil, MS/SAS, 2002).

Cabe um breve comentário sobre a política de atenção à saúde da população indígena³²⁴, área em que a esfera federal tem um papel diferenciado em relação aos outros gestores, embora não se possa dizer que essa política tenha sido prioritária na agenda do Ministério no período³²⁵. No início da década, a responsabilidade por essa área passa da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a FUNASA, entidade do Ministério da Saúde. Em 1994 a responsabilidade pela saúde indígena volta à FUNAI, retornando para a FUNASA/MS em 1999, por meio da Lei 9836/99³²⁶, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

O subsistema a partir de então se baseia na estruturação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas e no estabelecimento de convênios com organizações não-

³²² Destaque-se a importância dos movimentos sociais e do Legislativo na luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira, que se refortalece nos anos 80, no contexto de democratização.

³²³ Uma sistematização da legislação em Saúde Mental de 1990 a 2002 que abrange tanto as leis federais como as principais portarias editadas pelo Ministério da Saúde no período é apresentada em Brasil, Ministério da Saúde (2002). Já Baptista (2003) aponta que a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10216/2001, inicialmente proposta pelo Deputado Paulo Delgado (PT-MG) em 1989, tramitou durante 12 anos antes de ser aprovada.

³²⁴ Existem no país cerca de 400 mil índios, pertencentes a mais de 200 diferentes povos, que falam mais de 100 diferentes línguas, ocupam cerca de 12% do território nacional e estão distribuídos em quase todos os estados, com maior concentração nas regiões Norte e Centro-Oeste. Para um breve histórico da política de saúde indígena no período do estudo, ver a revista RADIS, nº 22, junho de 2004.

³²⁵ Entre todos os entrevistados nesta pesquisa, apenas um fez uma referência espontânea à política de saúde indígena: o Ministro Alcení Guerra, ao abordar as epidemias que acometeram os Ianomâmis no início dos anos 90. Ressalte-se que não foram entrevistados dirigentes da FUNASA nem gestores da região Norte, o que poderia mudar a situação. A baixa frequência de menção à população indígena por outros dirigentes pode ter relação com a baixa prioridade dessa política, com o insulamento na sua condução ou mesmo com o fato de a responsabilidade por sua condução ter ficado fora da alçada do Ministério da Saúde em boa parte do período.

³²⁶ Segundo Baptista (2003), o Projeto de Lei PL original é de autoria do Deputado Sérgio Arouca (PPS-RJ). Tal projeto foi apresentado em 1994, ficou parado no Congresso durante três anos e depois tramitou por mais de dois anos até sua aprovação em 1999. Ainda segundo a autora, em 1996 o Conselho Nacional de Saúde emite uma resolução propondo um plano de trabalho referente ao tema. É interessante comentar que a NOB/96 estabelece como uma das responsabilidades do gestor federal a assistência à saúde da população indígena, em um ano em que tal área estava sob o comando da FUNAI. Tais fatos sugerem que durante o

governamentais para a prestação de ações e serviços de saúde à população indígena. Tais convênios, cujo número aumenta progressivamente a partir de 2000, envolvem organizações com perfis e propostas de trabalho muito diferenciados, o que dificulta uma visão de conjunto sobre a política e sobre a atenção à saúde da população indígena no Brasil, além de configurar um modelo fragmentado e instável, que surte problemas nos anos subseqüentes.

Apesar dessa política ser conduzida de forma bastante insulada no âmbito da FUNASA, cabe apontar a criação no ano 2000, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, de um incentivo financeiro para municípios e hospitais que prestam atenção à população indígena. A articulação com outras áreas de governo – Desenvolvimento, Meio Ambiente, Justiça – representa um aspecto crítico para a formulação de políticas de saúde indígena que, ao que parece, não é enfatizada no período³²⁷.

Além da forma de organização da assistência por programas com foco em grupos específicos, que perpassa todo o período do estudo, outra lógica de condução da política federal que ganha força na segunda metade dos anos 90 é a abordagem por níveis de complexidade. Pode-se dizer que, a partir de 1998, há uma ênfase tanto na atenção básica (principalmente por meio do PSF) como na alta complexidade, visto que ambas crescem em volume de recursos, envolvem maior volume de regulamentações e instrumentos gerenciais próprios e se desdobram em um grande número de parcelas vinculadas no teto financeiro dos estados e municípios.

Já as ações de média complexidade são visivelmente preteridas na política nacional em todo o período do estudo. Algumas evidências disso são: a maior indefinição conceitual nesse âmbito³²⁸; o relativo estrangulamento da parcela dos tetos financeiros de estados e municípios disponíveis para essas ações, em face do crescimento de outras parcelas³²⁹; a ausência de políticas especialmente desenhadas para fortalecer a atuação do sistema público nos serviços de média complexidade e avaliar a situação desses serviços; a baixa remuneração e as dificuldades de acesso a alguns procedimentos, como consultas de

período houve conflitos relativos ao comando dessa política e que representantes do movimento sanitário, o Conselho Nacional de Saúde e o Executivo da saúde estiveram mobilizados para inseri-la no âmbito do SUS.

³²⁷ Uma análise sobre essa política foge ao escopo deste trabalho. Sabe-se que o debate sobre a situação de vida e de saúde dos povos indígenas é complexo, considerando a diversidade desses povos e os fortes interesses econômicos que geram violência e desrespeito às condições necessárias para que eles vivam dignamente. Impasses relativos à demarcação das terras indígenas, desmatamento, área de garimpo, entre outros, sempre tiveram e continuam tendo impacto importante sobre a saúde dessas populações.

³²⁸ Enquanto existem definições operacionais do Ministério da Saúde no que diz respeito à atenção básica e à alta complexidade, embora com critérios por vezes enviesados, a média complexidade consiste em um conjunto bastante amplo e diversificado de ações e práticas situado entre ambas.

especialistas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Essas questões são críticas, porque problemas de estruturação e acesso às ações de média complexidade podem comprometer a integralidade da atenção, suscitando questionamentos em relação à efetividade do PSF e da Atenção Básica como reestruturantes do modelo de atenção³³⁰.

No período de 2000 a 2002 o debate sobre a regionalização da assistência à saúde, calcado no argumento de expansão do acesso e na integração entre os vários níveis de atenção, coloca em evidência lacunas relacionadas à assistência de média complexidade. São adotados alguns esforços de sistematização de recomendações técnicas em áreas específicas³³¹, de definição operacional e classificação das ações de média complexidade para subsidiar o processo de programação integrada no âmbito de estados e municípios. Essas iniciativas são incipientes e têm pouca repercussão no período, face à insuficiência de aporte financeiro para superar as lacunas existentes e à limitada implantação da NOAS³³², além de problemas estruturais não equacionados (por exemplo, distribuição desigual de especialistas e de serviços especializados no território, tipo de mix público-privado na oferta dos serviços, terceirizações em serviços públicos, pouca disponibilidade de padrões técnicos e orientações para a utilização de tecnologias, entre outros).

Assistência farmacêutica

Outra área importante no âmbito da assistência à saúde é a assistência farmacêutica, orientada para a garantia do acesso aos medicamentos necessários para a manutenção ou recuperação da saúde da população, bem como para a promoção de sua adequada utilização. A política nacional de assistência farmacêutica deve ser adequada às necessidades de saúde da população e coerente com os princípios do SUS e ao mesmo tempo, tem que estar inserida em um desenho de uma política nacional de medicamentos,

³²⁹ Esse é um motivo freqüente de crítica do CONASS às políticas federais.

³³⁰ Em que pese a ênfase discursiva na saúde da mulher, sabe-se das dificuldades de acesso das mulheres no âmbito do SUS à realização de mamografias, exames que deveriam ser feitos periodicamente a partir dos 40 anos. Como assinala Bahia (2005) a partir de dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária /IBGE, em 2002 somente 33,7% dos mamógrafos existentes no país estavam disponíveis para a população coberta exclusivamente pelo SUS. As lacunas do sistema público podem ter favorecido o fortalecimento dos segmentos privados na oferta de serviços de média complexidade no período do estudo.

³³¹ Por exemplo, a elaboração e divulgação de um manual de orientação acerca da organização da rede de laboratórios, com recomendações técnicas para o planejamento desses serviços.

³³² Há no período um debate sobre a necessidade de qualificação da atenção básica e a estruturação de um primeiro nível de referência em média complexidade próximo ao local de residência dos cidadãos, no âmbito microrregional, que deveria ser financiado em base *per capita*. Entretanto, essa estratégia enfrenta conflitos técnicos, políticos e financeiros, como os referentes à definição do montante necessário para custeio da ampliação das ações básicas e da média complexidade.

que envolve a articulação entre três áreas da política pública: a saúde, o desenvolvimento científico e tecnológico e a política industrial³³³.

Durante a maior parte do período de 1990 a 2002, a política federal de medicamentos e assistência farmacêutica apresenta duas características principais: (a) no âmbito interno do Ministério da Saúde, uma fragmentação por programas e áreas do MS; (b) no âmbito das relações com outros setores do Governo Federal, uma limitada participação do MS nas decisões relevantes para área sob responsabilidade de outros ministérios e um certo distanciamento entre as diretrizes da política pública de desenvolvimento em C & T e industrial em relação às demandas da política de saúde.

Ainda assim, a atuação do Ministério da Saúde é importante para a política de medicamentos no país. Em primeiro lugar, porque a atuação do Ministério da Saúde no campo da assistência, por meio de formulação de políticas, normatização e compra direta de medicamentos é fundamental como criadora da demanda para a indústria de medicamentos, nacional (pública e privada) ou transnacional. Ademais, o Ministério atua diretamente no desenvolvimento e produção de medicamentos por meio de instituições federais (particularmente Farmanguinhos/FIOCRUZ) ou no fomento aos demais laboratórios oficiais e principalmente no final da década adota estratégias de regulação de preços e qualidade de medicamentos que extrapolam o campo estrito da assistência à saúde, e serão retomadas adiante.

A análise da política federal de assistência farmacêutica no período permite identificar dois momentos diferentes. No primeiro, entre 1990 e 1997, destaca-se a distribuição de medicamentos a cargo da Central de Medicamentos – CEME. Em um segundo momento, a partir de 1998, após a extinção da CEME, observam-se os seguintes movimentos concomitantes: (a) a definição de uma Política Nacional de Medicamentos, contendo as diretrizes para a área; (b) a descentralização de recursos referentes a alguns programas de assistência farmacêutica; (c) a diversificação e aumento do número de programas de assistência farmacêutica no âmbito do MS, sob gestão de diferentes áreas; (d) a adoção de estratégias voltadas para a redução de preços de medicamentos.

³³³ A propósito da discussão das relações entre essas três áreas da política pública no que tange à política de medicamentos, ver Bermudez (1995).

A atuação da CEME de 1990 a 1997³³⁴ é caracterizada principalmente pela distribuição de medicamentos constantes na Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), voltados principalmente para a atenção primária em saúde e para o atendimento da população alvo dos chamados programas estratégicos do Ministério da Saúde³³⁵. Ainda que num escopo de atuação bem mais restrito do que o inicialmente pensado para essa instituição, as atribuições reconhecidas para a CEME no início da década seriam principalmente duas: a aquisição de medicamentos de laboratórios oficiais, com vistas ao fomento de sua produção³³⁶; e a distribuição de medicamentos propriamente dita, visando garantir sua disponibilidade na rede pública de serviços. A análise da literatura e as entrevistas realizadas apontam que nenhum dos dois foi adequadamente alcançado no período de 1990 a 1997. Desde o final dos anos 80, configura-se uma situação de crise nas relações entre a CEME e os laboratórios oficiais, que persiste no início dos anos 90. A participação desses laboratórios nas compras da CEME, que vinha decrescendo no final dos anos 80, oscila na primeira metade dos anos 90³³⁷. No âmbito da gestão e distribuição de medicamentos, crescem ao longo da década as críticas à ineficiência, desperdícios e desvios.

É importante ressaltar que a CEME concentrava a maior parte, mas não a totalidade das atividades de assistência farmacêutica do MS, visto que a SAS, por exemplo, já na

³³⁴ Segundo Bermudez (1992), a Central de Medicamentos – CEME – foi criada em 1971, ligada à Presidência da República, com objetivos amplos, como os expressos no Plano Diretor de Medicamentos, de 1973, que previa a sua participação no fomento à pesquisa e desenvolvimento, à produção de matérias primas para a indústria farmacêutica e na produção de medicamentos, além da política de assistência farmacêutica propriamente dita. Em 1974 a CEME passa para o Ministério da Previdência e Assistência Social, com certa redução do seu papel, visto que a responsabilidade sobre a definição da política industrial relativa aos medicamentos passa para o Ministério da Indústria e Comércio. Em 1985, a CEME passa para o Ministério da Saúde. Em que pese os amplos objetivos propostos pelos documentos institucionais ao longo de sua história, na prática durante toda a sua existência a maior parte do orçamento da CEME (em geral, mais de 90%) é destinada à distribuição de medicamentos. Ainda assim, o seu poder de compra teria sido importante no fomento aos laboratórios públicos e aos privados nacionais.

³³⁵ O Brasil foi um país pioneiro na definição de uma RENAME, homologando a primeira relação oficial em 1976, e fazendo várias revisões posteriores dessa relação. A RENAME de 1993 previa mais de 400 produtos, e os medicamentos utilizados nos programas prioritários do Ministério da Saúde na época foram organizados em 14 grupos, a saber: AIDS, tuberculose, hanseníase, malária, diabetes, cardiovascular, saúde mental, sangue e derivados, oncológicos, soluções hidroeletrólíticas, antibióticos e antiparasitários, antiinflamatórios e antitérmicos, doenças do aparelho respiratório e outros (Bermudez, 1995 e 1997).

³³⁶ Esse ponto foi bastante enfatizado na entrevista do Ministro Alcení Guerra à pesquisadora em 16/07/2004 e também é levantado em entrevista do Ministro publicada na Revista Saúde em Debate do CEBES, nº 29 de junho de 1990, em que o Ministro defende a nacionalização das matérias primas para a indústria farmacêutica e a auto-suficiência nacional na produção de medicamentos básicos, viabilizada pela articulação entre CEME e produtores públicos.

³³⁷ Ver Bermudez, (1992 e 1995); e Brasil, Ministério da Saúde, 2002. Ressalte-se ainda o crescimento ao longo de toda a década de 90 das importações de produtos farmacêuticos pelo país, conforme apontado em Gadelha (2002).

primeira metade da década era responsável pelo financiamento dos chamados medicamentos excepcionais³³⁸.

Os principais motivos que justificam a extinção da CEME no ano de 1997 alegados pelos dirigentes do Ministério da Saúde³³⁹ são: o fato de que a CEME nunca teria efetivamente desempenhado seu papel na formulação e implementação de uma política nacional de medicamentos; os problemas de ineficiência e má-gestão dessa entidade; a necessidade de avançar na descentralização de recursos de assistência farmacêutica. Contribuiu também para essa decisão o reconhecimento do caráter internacionalizado da indústria farmacêutica, a crítica à ociosidade do parque produtivo nacional e o distanciamento entre a CEME e os laboratórios oficiais³⁴⁰.

Após a extinção da CEME, há em 1998 um novo esforço do Ministério da Saúde de definição de uma Política Nacional de Medicamentos³⁴¹, com as diretrizes de: adoção e revisão periódica da relação de medicamentos essenciais (RENAME); reorientação da assistência farmacêutica; promoção da produção de medicamentos e sua regulamentação sanitária. No documento são abordadas questões referentes ao estímulo ao desenvolvimento científico e tecnológico e promoção do uso racional de medicamentos. A leitura dessas grandes diretrizes sugere ousadia na proposição de uma política abrangente para a área, com participação do Ministério da Saúde em questões que extrapolam a assistência farmacêutica, aproximando-se, grosso modo, do teor de documentos oficiais da CEME que chegaram a propor objetivos amplos para a atuação daquela instituição, muitos dos quais nunca alcançados.

Mas em que o conteúdo da proposta da Política Nacional de Medicamentos de 1998 se diferencia daquela predominante nas diretrizes propostas (mas não concretizadas) para a atuação da CEME? E quais são as principais características da política efetivamente

³³⁸“Medicamentos denominados excepcionais, de dispensação em caráter excepcional ou de alto custo, são aqueles cuja aquisição governamental é feita em caráter excepcional, individual e com recursos financeiros independentes daqueles destinados aos medicamentos da RENAME, utilizando critério especial para dispensação” (Silva e Bermudez, 2004, p.214). A propósito da política federal para os medicamentos excepcionais, ver também Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

³³⁹ Entrevistas realizadas pela pesquisadora com o então Ministro Carlos Albuquerque; o Secretário Executivo Barjas Negri; e o Secretário de Assistência à Saúde Antônio Werneck.

³⁴⁰ Ressalte-se que, na entrevista realizada pela pesquisadora, o Ministro Albuquerque foi particularmente crítico à atuação dos laboratórios oficiais, que na sua visão seriam ociosos e operariam com altos custos, visto que importavam matérias-primas e dependiam do orçamento do MS para o seu funcionamento.

³⁴¹ Brasil, Ministério da Saúde, 2001. No período de 1998 a 1999, Jorge Bermudez, um renomado especialista na área de medicamentos e assistência farmacêutica, atua junto à Secretaria de Políticas de Saúde na definição da referida proposta.

adotada pelo Ministério da Saúde para a área de medicamentos e assistência farmacêutica entre 1998 e 2002?

Do ponto de vista do conteúdo da nova proposta, as principais e substantivas mudanças em relação ao desenho anterior da política a cargo da CEME são: a proposta da *descentralização* de gestão e de recursos para a assistência farmacêutica, bem como de responsabilidades de vigilância sanitária; a ênfase em iniciativas voltadas para a *redução de preços* de produtos, inclusive para aumento do acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado; a ênfase na regulamentação sanitária, com destaque para a questão dos *medicamentos genéricos*; a orientação da *produção de laboratórios oficiais* para o suprimento das necessidades de medicamentos essenciais para a atenção básica nos planos estadual e municipal, a melhoria de sua capacidade e a redução de sua dependência do governo federal; e o fomento ao *parque produtor nacional* por meio dos medicamentos genéricos.

Em síntese, a proposta contida no documento evidencia dois principais pontos de inflexão no direcionamento da política de medicamentos e assistência farmacêutica: a ênfase na descentralização, até mesmo na relação entre os gestores e os laboratórios oficiais (a maior parte estaduais); e a ênfase no papel federal de regulação, por meio da vigilância sanitária e interferência nos preços dos medicamentos. Um grande destaque já é dado pelo documento à política de medicamentos genéricos, seja como objeto de regulamentação sanitária, estratégia de fomento à produção nacional e, principalmente de redução de preços, inclusive para viabilizar a compra na esfera privada.

Por um lado, a ênfase na descentralização de funções e no papel regulador federal de certa forma acompanham as tendências das demais políticas de saúde em curso, refletindo tanto elementos previstos na agenda do SUS quanto mudanças nas relações entre Estado e mercados em saúde no período. Por outro lado, expressa uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde para lidar com o contexto adverso da indústria e do mercado de medicamentos no Brasil: uma indústria farmacêutica internacionalizada, com inovações protegidas por patentes; crescimento das importações de fármacos nos anos 90; preços elevados de medicamentos para os governos e consumidores; alta proporção de gastos privados das famílias com medicamentos; estagnação do parque produtivo nacional e precariedade das condições da maior parte dos laboratórios públicos no país.

Se a interferência em várias dessas questões extrapola o âmbito de ação e a governabilidade do Ministério da Saúde, a opção do gestor federal é, ao mesmo tempo, pró-ativa, por meio da proposição de estratégias concretas que podem interferir em alguns

desses problemas, e ao mesmo tempo, pragmática, ao fazê-lo dentro de possibilidades de alcance de resultados em curto prazo.

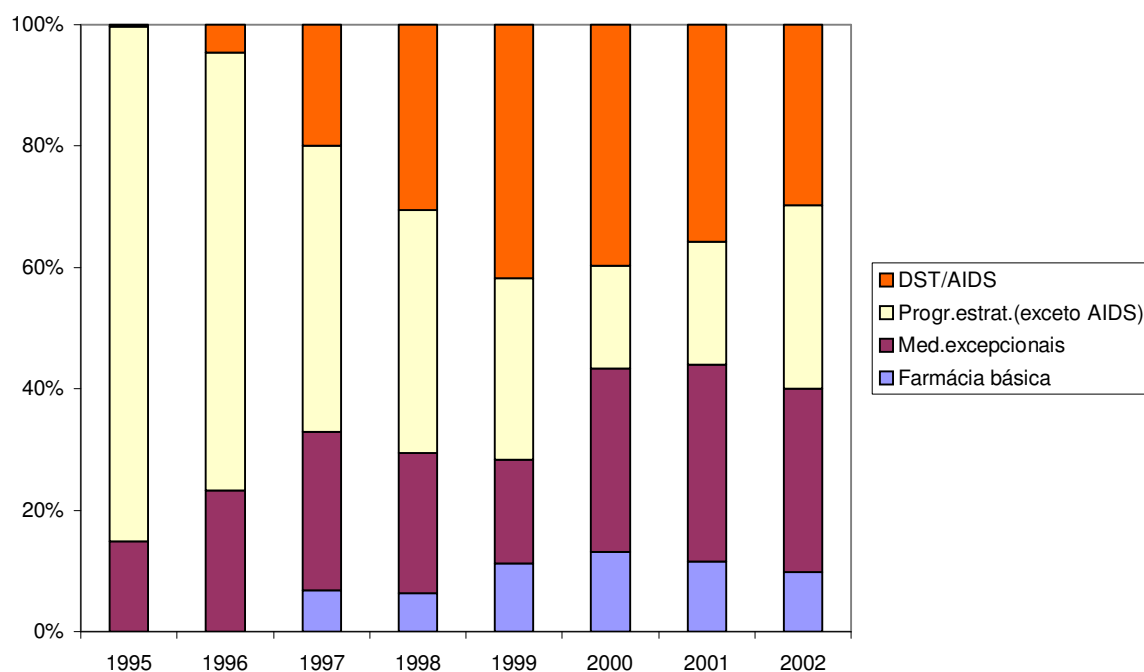
É assim que, no que diz respeito à política efetivamente implantada pelo Ministério da Saúde no período de 1998 a 2002 algumas características merecem destaque. No que tange ao componente de assistência farmacêutica propriamente dito, observa-se: (a) um aumento da descentralização de recursos referentes à assistência farmacêutica básica (principalmente para municípios) e medicamentos excepcionais (principalmente para estados), sendo que o percentual de recursos descentralizados passa de 27% em 1999 para 41% em 2001 do total de gastos com medicamentos³⁴²; (b) uma proliferação do número de programas de assistência farmacêutica e uma maior fragmentação na sua condução entre as várias secretarias e áreas do MS; (c) um grande destaque para a distribuição de medicamentos para AIDS, que respondem pelo maior crescimento de gastos com medicamentos no período, seguido pelos medicamentos excepcionais³⁴³. Ressalte-se que, em 2001, cerca de 880 milhões de reais ainda foram executados diretamente pelo MS, sendo 59% referentes aos medicamentos para AIDS.

A figura 6.1. mostra a evolução da distribuição dos gastos do Ministério da Saúde com assistência farmacêutica segundo os vários grupos de programas de 1995 a 2002.

³⁴² Brasil, Ministério da Saúde (2002).

³⁴³ A análise de dados oficiais do MS apresentados em Brasil, Ministério da Saúde (2002) e Faveret (2002) permite deduzir que o aumento de gastos do Ministério da Saúde com medicamentos no período 1995 a 2002 se deve quase totalmente ao aumento de gastos com medicamentos para DST/AIDS e medicamentos excepcionais. Os gastos para outros programas estratégicos, se corrigidos pela inflação, quase não cresceram. A implantação da farmácia básica em 1997 puxa alguns dos recursos dos programas estratégicos e apresenta crescimento relativamente modesto nos anos subseqüentes, em relação aos dois grupos citados.

Figura 6.1. Distribuição dos gastos do Ministério da Saúde com assistência farmacêutica de 1995 a 2002.



Fonte: Elaborada a partir de dados de “valores pagos” das planilhas de execução orçamentária e financeira da SPO/Ministério da Saúde, complementados por dados apresentados em Brasil Ministério da Saúde (2002), no caso de medicamentos excepcionais (todo o período), farmácia básica (para os anos de 1997 e 1998) e programas estratégicos (para o ano de 1995).

A formulação de uma Política Nacional de Medicamentos e a adoção de algumas estratégias propostas no âmbito dessa política no período de 1998 a 2002 são aspectos bastante positivos. No entanto, no que diz respeito à assistência farmacêutica propriamente dita, persistem antigas lacunas e surgem novos problemas a serem enfrentados. Schenkel et al. (2004) criticam a multiplicação de programas e a fragmentação na condução da política federal, alertando para a persistente falta de acesso de boa parte da população a medicamentos essenciais, inclusive vários constantes na RENAME, não sendo cumprida até hoje uma antiga promessa da política de assistência farmacêutica no Brasil. Por outro lado, a descentralização de recursos suscita preocupações em relação aos preços de compra que podem ser alcançados pelos diferentes estados e prefeituras, visto que licitações de grandes quantidades podem favorecer a economia de escala, com menores preços de aquisição pelos governos (Sutton, 2004).

Em síntese, em que pese a inadequação e ineficiência do modelo comprador e distribuidor representado pela CEME, ainda não está claro em que medida a política de medicamentos proposta em 1998 e parcialmente implantada conseguiu levar até o final de 2002 a resultados concretos em termos de melhoria do acesso da população à assistência

farmacêutica no âmbito do sistema público de saúde. As maiores mudanças da atuação federal no âmbito da política de medicamentos talvez tenham ocorrido no sentido da adoção de estratégias de regulação de mercados, que serão abordadas adiante, no item referente ao desenvolvimento, produção e regulação de insumos para a saúde.

Regulação da assistência médica suplementar

O segmento de mercado de planos e seguros privados de saúde, usualmente denominado de assistência médica suplementar³⁴⁴ se expande no Brasil a partir dos anos 60, de certa forma subsidiado pelo Estado, com crescimento expressivo nas décadas seguintes³⁴⁵. Em que pese a importância desse mercado e as imbricadas relações público-privadas nele observadas, ele não é objeto de regulação pelo Estado até o final dos anos 90. A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica de 1990, apesar de sua referência genérica ao papel de regulação do Estado sobre o setor privado, são omissas quanto à regulação desse segmento³⁴⁶.

Nos anos 90, um conjunto de variáveis relacionadas ao contexto nacional, a medidas governamentais e a mudanças nesses mercados faz com que o tema adquira grande visibilidade pública e passe a mobilizar um maior número de atores.

Para Bahia (1999), alguns fatores de ordem mais geral que favorecem as primeiras demandas por uma intervenção governamental mais específica na área, no início da década são as perspectivas de (re)fortalecimento da lógica de seguro no âmbito da Previdência Social, em contraposição à noção de Seguridade e o reconhecimento das falhas de mercado na atenção privada à saúde, com destaque para as assimetrias de informação e a seleção de riscos praticada pelas empresas. No entanto, o crescimento da divulgação pelos órgãos de defesa do consumidor e pela mídia de casos de aumentos abusivos de preços de planos de saúde, de restrições de cobertura e de recusa de atendimento, com repercussões sobre a opinião pública, teria sido um fator decisivo para a mobilização social em torno do tema, com envolvimento de órgãos de defesa do consumidor, entidades médicas, parlamentares e atores governamentais.

³⁴⁴ Há controvérsias em relação a essa nomenclatura, que sugeriria que a atuação dos planos e seguros privados se dá em serviços não oferecidos pelo Estado, o que não corresponde à realidade brasileira. Sobre os problemas dessa denominação, ver Bahia (2001) e Ocké-Reis (2005). Entretanto, sendo amplamente utilizada no país, ela também será adotada neste texto.

³⁴⁵ Sobre a emergência desse segmento e suas relações com o Estado, ver Cordeiro (1984). Uma discussão acerca do seu crescimento nas décadas de 70 a 90 é apresentada em Bahia (1999 e 2001) e Andreazzi e Kornis (2003).

³⁴⁶ Esse ponto é enfatizado por Bahia (2001).

Do ponto de vista do marco analítico adotado neste trabalho, a atuação do Ministério da Saúde na regulação do segmento dos planos e seguros de saúde se justifica pelos seguintes motivos: há mais de 30 milhões de cidadãos brasileiros nele inseridos; é um mercado importante, que mobiliza um volume significativo de recursos e manifesta distorções das relações público-privadas em saúde; a existência e características desse segmento constituem expressões e ao mesmo tempo agravantes das desigualdades sociais e iniquidade em saúde no Brasil, além de tensionarem a própria noção da saúde como direito de cidadania³⁴⁷. Assim, a atuação do Ministério da Saúde na regulação do segmento deve estar orientada pelo interesse público, pela afirmação da saúde como direito de cidadania, pelo esforço de superação de distorções nas relações público-privadas e pela busca de redução das desigualdades e iniquidade no sistema de saúde brasileiro.

Na realidade, os primeiros esforços de regulação desse mercado no Executivo federal partiram da SUSEP, ainda no início dos anos 90. Esse órgão já realizava uma regulamentação restrita a aspectos econômico-financeiros das seguradoras desde a década de 60, incluindo as com atuação no ramo da saúde, cujo número era reduzido. À decisão da SUSEP em 1989 de permitir que as seguradoras referenciassem serviços de saúde, seguem-se mudanças na lógica de atuação dessas empresas, algumas das quais se aproximam da forma de operação de outras empresas de planos de saúde, ao credenciarem redes de prestadores. Além disso, tal medida parece impulsionar um crescimento absoluto e relativo da importância dessa modalidade no mercado de planos e seguros de saúde nos anos subsequentes³⁴⁸.

A SUSEP então, no início da década, aponta a necessidade de estender a sua ação de regulamentação para o conjunto das empresas atuantes no ramo (medicina de grupo, cooperativas médicas e empresas de auto-gestão), o que colocaria as várias empresas sob condições de regulação similares³⁴⁹. Esse movimento gera intensa reação de entidades representativas das demais empresas, particularmente da Associação Brasileira de

³⁴⁷ Segundo dados oficiais (Brasil, Ministério da Saúde, ANS, 2004, p.118) em dezembro de 2002 havia mais de 35 milhões de beneficiários de planos e seguros de saúde no país, correspondendo a cerca de 20,2% da população brasileira, com coberturas variando entre as unidades da federação de 2,4% (no estado de Rondônia) a 41,9% (no estado de São Paulo).

³⁴⁸ Para um maior detalhamento das mudanças observadas no mercado de planos e seguros de saúde ver, entre outros, Bahia (2001), Teixeira et al. (2002) e Andreazzi e Kornis (2003). Os últimos autores alertam para a expansão da atuação das seguradoras no ramo como uma das evidências do interesse do capital financeiro na área da saúde, ponto que também é explorado por Almeida (1998) e Vianna (2002).

³⁴⁹ Isso a princípio seria favorável às seguradoras, que já estavam submetidas à regulação da SUSEP, voltada principalmente para o controle de preços e combate à evasão fiscal.

Medicina de Grupo - ABRAMGE que, apoiada por personalidades públicas de peso, consegue evitar a expansão da regulamentação pública no período do governo Collor.

Para Bahia (1999), na primeira metade da década, a mobilização e o debate sobre o tema levam a apresentação de projetos de lei e formulação de propostas de regulamentação, que muitas vezes se dirigem para aspectos pontuais e não geram medidas legislativas ou executivas concretas³⁵⁰.

Um segundo momento de tentativa de regulamentação pelo Executivo, identificado pela autora, acontece entre 1995 e 1997, quando a SUSEP/MF passa a defender a entrada de empresas estrangeiras no mercado, com o objetivo de aumentar a concorrência; e o Ministério da Saúde começa a discutir o ressarcimento ao SUS dos atendimentos prestados na rede do SUS às pessoas que têm planos e seguros privados³⁵¹. Em 1997, o Ministério da Saúde, por meio do então novo Secretário Executivo Barjas Negri, chega a participar da formulação de uma proposta em conjunto com os ministérios da Fazenda e da Justiça, que gera resistências importantes, inclusive por parte do Conselho Nacional de Saúde, por excluir a obrigatoriedade de cobertura dos planos de procedimentos de alta complexidade e custo, além de atribuir a responsabilidade de regulação ao Ministério da Fazenda³⁵².

Mas a grande mudança na ação do Executivo na área se dá em 1998, com a entrada de José Serra no Ministério da Saúde. A partir desse ano, o tema se torna efetivamente uma prioridade na agenda governamental da Saúde, que passa a disputar com a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) do Ministério da Fazenda a liderança na regulação do setor. O próprio Ministro negocia no Senado as adaptações necessárias para a aprovação da primeira lei nacional sobre planos de saúde³⁵³, cujos principais aspectos são: (a) na cobertura, exigência de atendimento para todas as doenças constantes na Classificação Internacional de Doenças, com possibilidade de divisão dos planos por regime de atendimento, e proibição da negação de cobertura em função de doenças pré-existentes; (b) nos mecanismos de concorrência e de definição de preços, autorização para

³⁵⁰ Para uma retrospectiva desse processo, sistematização e comparação entre propostas e projetos apresentados, ver Bahia (1999), especialmente das páginas 233 a 267.

³⁵¹ No Legislativo nacional, cresce nessa fase o debate e a apresentação de projetos orientados para o ressarcimento ao SUS, aumento de cobertura e aumento da concorrência no segmento (Bahia, 1999). A autora relata ainda que nesse período surgem as primeiras leis específicas de regulamentação em alguns estados.

³⁵² O Conselho Nacional de Saúde havia apresentado uma proposta diferente desta no ano anterior. Para uma comparação entre as propostas, ver Bahia (1999).

³⁵³ A Lei 9665 de 1999 é alterada pela MP 1665/98, negociada pelo Ministro Serra e emitida no dia seguinte à aprovação da Lei, que é posteriormente reeditada mais de 40 vezes. Outras medidas provisórias nos anos seguintes alteram pontos importantes da referida lei. Para uma sistematização detalhada da produção legislativa e normativa referente à área, ver Mesquita (2002).

atuação de empresas estrangeiras no mercado brasileiro, e fixação de limites para cobrança de prêmios por faixa etária (sendo vedada a não aceitação de clientes em função de idade); (c) na relação com o setor público, previsão da instituição do ressarcimento ao SUS pelo atendimento de pessoas com planos ou seguros de saúde atendidas por serviços públicos ou privados ligados ao SUS; (d) na responsabilidade de regulação sobre o segmento, divisão de atribuições entre o Ministério da Saúde (responsável pela regulação de aspectos assistenciais) e a SUSEP/ Ministério da Fazenda (responsável pela regulação de aspectos econômico-financeiros).

O Ministério da Saúde tem uma posição ativa na proposição da regulamentação e modificações posteriores na Lei dos Planos e assume cada vez mais uma posição de destaque na regulação do setor em relação à SUSEP. Na estrutura do Ministério da Saúde, o Departamento de Saúde Suplementar, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, é o órgão responsável por essa área no período 1998-1999, sendo as decisões relevantes submetidas ao Conselho de Saúde Suplementar (CONSU)³⁵⁴. No segundo semestre de 1999, a responsabilidade de regulação em seu conjunto passa para o Ministério da Saúde e é canalizada para a Agência de Saúde Suplementar (ANS) criada no final do ano por medida provisória, substituída por lei no início de 2000³⁵⁵. A atribuição da responsabilidade de regulação do segmento de planos e seguros de saúde para o Ministério da Saúde – ainda que por meio de uma agência - representa um avanço importante, por unificar a condução dessa política e possibilitar o aumento do escopo da regulação no âmbito da assistência à saúde, indo além da regulamentação econômico-financeira tradicionalmente exercida pela SUSEP no campo dos seguros.

Do ponto de vista administrativo, a ANS é semelhante às outras agências reguladoras já implantadas pelo governo, particularmente à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, criada no âmbito da saúde no ano anterior, em um processo político também acelerado, com uma influência importante do próprio Ministro. Entre as semelhanças entre a ANVISA e a ANS pode-se apontar a celebração de contrato de gestão com o Ministério da Saúde e o fato de ambas conjugarem objetivos sociais (no caso da ANVISA, controle do risco sanitário; e da ANS, a questão da cobertura e outras formas de regulação da assistência), com atribuições na esfera econômica, particularmente às

³⁵⁴ O CONSU é presidido pelo Ministro da Saúde e sua composição em 1998 conta também com os ministros da Justiça e da Fazenda, superintendente da SUSEP e os secretários de Assistência à Saúde e de Política de Saúde do Ministério da Saúde.

³⁵⁵ Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000.

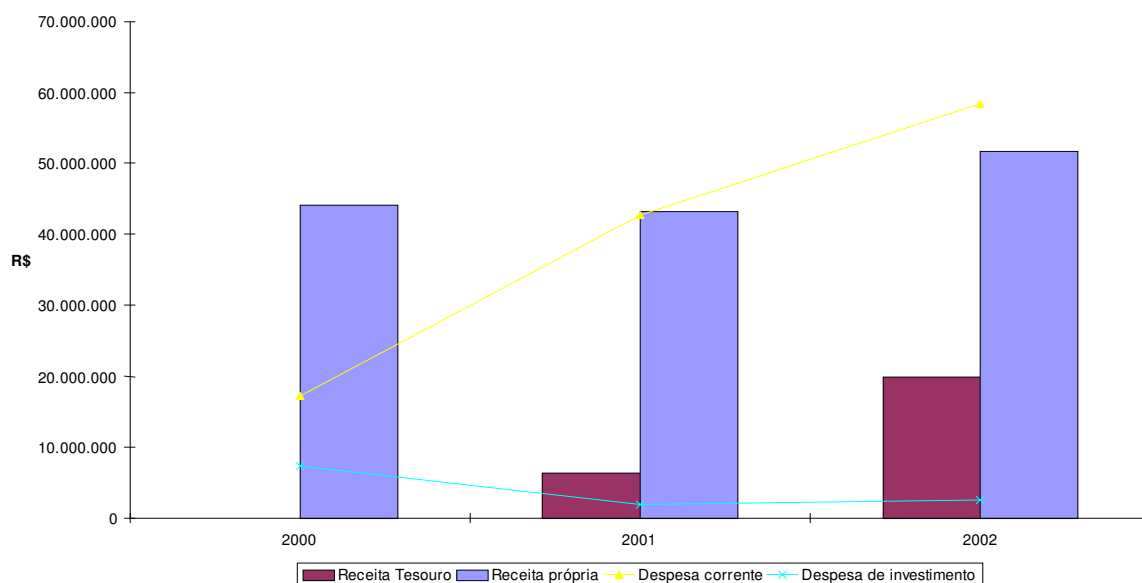
relacionadas à autorização de produtos no mercado e controle de preços (respectivamente de insumos de interesse para a saúde, no caso da ANVISA; e de planos e seguros de saúde, no caso da ANS).

No entanto, conforme já foi mencionado no Capítulo 3, uma diferença importante entre a ANVISA e a ANS tem relação com a trajetória histórica de atuação do Ministério da Saúde. A ANVISA é criada para gerir um campo tradicional de atuação do Ministério, para o qual já existia uma secretaria nacional específica desde a década de 70 e no qual já era assumida a participação de estados e de municípios, legal e concretamente, em uma lógica sistêmica. Já a ANS é concebida para coordenar um campo totalmente novo de atuação do Ministério da Saúde, sem que se faça menção na sua lei de criação à conformação de um sistema ou a funções de estados e municípios. Essa diferença de pontos de partida sugere a princípio distintas possibilidades de inserção na política nacional e de relação com os demais gestores do sistema, embora não seja determinante isolada do grau de insulamento das agências ou da consolidação de uma lógica sistêmica³⁵⁶.

A criação da agência leva a uma mobilização de esforços e recursos para a estruturação dessa nova área de atuação federal. Entre 2000 e 2002, o quadro de funcionários da ANS cresce de 547 para 838 pessoas, sendo nesse último ano expressiva a participação de funcionários temporários (36%), terceirizados de apoio administrativo (23%) e consultores (15%). Também ocorre um aumento das receitas e despesas da ANS nesse período, como pode ser visto na Figura 6.2.

³⁵⁶ Haja vista que, no período do estudo, essas questões surgem como desafios mesmo em relação à vigilância sanitária, área que, embora tradicional na saúde pública, até o final dos anos 90 era marcada pela baixa priorização na agenda federal e isolamento das demais políticas de saúde.

Figura 6.2. Evolução das receitas e despesas da ANS por tipo, de 2000 a 2002.



Fonte: Elaborado a partir de dados do Ministério da Saúde/ANS (2004), p. 222.

Observe-se que a maior parte da receita da agência no período vem da arrecadação própria da agência, principalmente, pelo recolhimento da “taxa de saúde suplementar” paga pelas operadoras, em que pesem os frequentes questionamentos jurídicos quanto à cobrança dessas taxas³⁵⁷.

A atuação da ANS no período de 2000 a 2002 se orienta de forma geral pelas grandes questões tratadas na Lei 9665/98, assim como pelas suas sucessivas regulamentações, que às vezes introduzem mudanças ou ajustes substantivos na lei original, levando a um quadro legal e normativo complexo, de difícil interpretação³⁵⁸.

Na prática, pode-se identificar como grandes linhas de atuação da ANS nos três primeiros anos de seu funcionamento³⁵⁹:

- (a) *O levantamento, a organização e a sistematização de informações sobre o segmento de planos e seguros de saúde*- As lacunas de conhecimento sobre esse mercado são imensas, como apontam especialistas. Uma linha de trabalho importante da agência é representada pelo esforço de estruturação de bancos de dados, compreendendo o cadastro das operadoras de planos de seguros de saúde; informações sobre o seu

³⁵⁷ A cobrança de taxas constitui o segundo motivo mais freqüente de ações contra a ANS (Brasil, Ministério da Saúde, ANS, 2004).

³⁵⁸ Para uma sistematização dessa regulamentação, ver Mesquita (2002).

³⁵⁹ Para maior detalhamento das atividades, ver o relatório da ANS (Brasil, Ministério da Saúde, ANS, 2004).

funcionamento, faturamento, tipo de produtos oferecidos e quantidade de planos e seguros vendidos. Limitações nesse âmbito têm relação com o não fornecimento de informações por operadoras³⁶⁰ e com a não disponibilização até o momento de informações precisas sobre a população de beneficiários (as informações dizem respeito aos planos e seguros existentes, mas uma pessoa pode ter mais de um plano).

(b) *O estabelecimento de regras para elaboração de novos contratos e a adaptação de contratos antigos* – Tendo em vista as exigências de cobertura estabelecidas pela lei 9665/98 e sua regulamentação posterior, os contratos oferecidos pelas operadoras após o início da vigência da lei têm que seguir as novas exigências e houve intensa mobilização da ANS no sentido de definir regras e padronizar os modelos de contratos. Além disso, empreendeu-se um imenso esforço de revisão e proposição de adaptações nos modelos antigos de contratos, fundamentado na perspectiva de retroatividade da Lei, ou seja, na visão de que contratos antigos de caráter mais restritivo em termos de cobertura teriam que ser substituídos em conformidade com o novo marco legal. Houve numerosos questionamentos jurídicos sobre esse ponto e pressões mesmo por parte dos órgãos de defesa do consumidor, visto que a adaptação de contratos antigos levaria em alguns casos a aumentos importantes nos preços dos planos, não suportáveis por muitos consumidores, levando a recuos da ANS em relação aos prazos e obrigatoriedade de revisão dos contratos, que acaba sendo tornada opcional por medida provisória em 1999³⁶¹.

(c) *O estabelecimento de limites de variação de preços dos planos por faixa etária, e de limites para reajustes periódicos de preços* – As iniciativas de regulamentação sobre os preços, sem dúvida, representam avanços em relação à situação anterior, de total descontrole. No entanto, particularmente a definição periódica de limites de reajuste incide apenas sobre os planos de caráter individual, que representam cerca de 20% do total de planos no país. A opção da ANS por regular principalmente os planos individuais têm relação com a situação de maior desproteção dos consumidores individuais, enquanto os beneficiários de planos coletivos empresariais em geral

³⁶⁰ Dados da ANS referentes a 2003 (Brasil, Ministério da Saúde, ANS, 2004) mostram que, após 3 anos de funcionamento da agência, um percentual expressivo de operadoras ainda **não** enviava dados aos sistemas de informações das operadoras (19,4%), dos beneficiários (17,3%), de produtos (27,1%).

³⁶¹ Tal conflito na justiça terminou com a decisão do Supremo Tribunal Federal em 2003 de acatar uma ação direta de inconstitucionalidade (ADIN) referente a esse ponto, admitindo que a ANS não poderia ter autoridade para exigir a substituição de contratos firmados antes da Lei 9665/98, ou seja, que a Lei não poderia ser retroativa no que diz respeito ao conteúdo dos contratos (Ministério da Saúde/ANS, 2004; Ocké-Reis, 2005).

usufruem de melhores condições de negociação e preços junto às operadoras. Ainda que dados oficiais apontem que a ANS tem procurado definir limites de reajuste abaixo da inflação, persiste o descontentamento dos consumidores que alegam aumentos abusivos de preços e também das operadoras, que argumentam que os reajustes autorizados não são suficientes para cobrir os aumentos de despesas com beneficiários de planos individuais. Uma resposta das operadoras, particularmente, das grandes seguradoras à regulamentação da ANS, tem sido evitar os consumidores individuais e privilegiar a expansão do seu mercado às custas dos planos coletivos de caráter empresarial³⁶².

- (d) *O estabelecimento de normas referentes ao patrimônio e segurança financeira das empresas de planos e seguros de saúde* – essa linha de ação representa uma forma de regulação do mercado de operadoras, que supostamente se fundamenta na idéia de garantir que só operem nesse mercado empresas estáveis e seguras, que não ofereçam riscos ao consumidor. A própria agência usa o termo “saneamento do mercado” para indicar esse conjunto de atividades, que teriam se desenvolvido principalmente em 2002. No entanto, é uma linha que pode favorecer a maior concentração do mercado, com conseqüências desfavoráveis para os consumidores, como advertem alguns autores³⁶³.
- (e) *A implementação de mecanismos de ressarcimento ao SUS* pelo atendimento de pessoas que têm planos e seguros de saúde, na rede de serviços públicos ou privados credenciados ao SUS – Tal estratégia, prevista na Lei 9665/98, resulta de um debate antigo e sua concepção e desenho de operacionalização consumiu grandes esforços do Departamento de Saúde Suplementar/SAS (antes da criação da ANS) e depois da própria Agência. Além dos aspectos financeiros, a defesa pelos dirigentes federais da implantação do ressarcimento ao SUS também se fundamenta nos argumentos de responsabilização das empresas pela oferta dos serviços constantes nos contratos – visto que o ressarcimento só é pertinente nesses casos – e de apoio a um maior conhecimento sobre o perfil e fluxos da população beneficiária desses planos, por meio da obrigatoriedade de fornecimento pelas operadoras do cadastro de clientes e o

³⁶² Segundo dados da ANS, entre junho de 2001 e setembro de 2003, a participação dos planos coletivos no total dos planos teria aumentado de 66,7% para 72,9% (Brasil, Ministério da Saúde, ANS, 2004, p.127). No entanto, o mercado de planos coletivos também se encontra em relativa estagnação, pois como demonstram alguns autores, as mudanças na esfera produtiva e no mercado de trabalho nos anos 90, com aumento da terceirização de serviços, dos arranjos trabalhistas informais ou precários e do desemprego, limitam as possibilidades de expansão dos planos coletivos.

cruzamento com os sistemas de informações do SUS. A operacionalização do ressarcimento envolveu a elaboração de uma tabela própria de valores para ressarcimento desses atendimentos³⁶⁴, uma proposta inicial de divisão de atribuições entre gestores do SUS – depois substituída pela concentração das atividades na ANS – e a definição de um fluxo de destinação dos recursos arrecadados para o Fundo Nacional de Saúde e os serviços que realizaram os atendimentos. Na prática, essa estratégia apresenta limitações importantes, desde questionamentos quanto à sua legalidade³⁶⁵ – face ao caráter universal do SUS –, até problemas operacionais, de forma que os valores efetivamente ressarcidos têm sido bastante aquém daqueles solicitados³⁶⁶.

Algumas outras atividades merecem menção, como as iniciativas de definição de recomendações ou protocolos assistenciais em algumas áreas³⁶⁷ e a política de comunicação adotada, com vistas à divulgação para os consumidores dos seus direitos e do papel da ANS na sua defesa, o atendimento, esclarecimentos e encaminhamentos relativos a queixas de consumidores, e as práticas de fiscalização das operadoras.

Em síntese, a partir de 1998 a regulação da assistência médica suplementar se configura como uma nova área de atuação do Ministério da Saúde e a criação da Agência de Saúde Suplementar no início do ano 2000 é o caminho escolhido para a estruturação da ação do Estado nessa área. A entrada desse campo na agenda governamental de prioridades representa um avanço e várias atividades desenvolvidas pela ANS são relevantes para o maior conhecimento do mercado de planos e seguros de saúde e estabelecimento de condições mínimas de proteção aos milhões de consumidores.

Por outro lado, a forma de organização da intervenção do Estado nessa área suscita polêmicas e encerra várias limitações e contradições. No que se refere às limitações, podem ser identificadas: (a) as de escopo, como o fato de a ANS praticamente não regular o segmento de planos coletivos, que representa mais de 70% do total de planos e apresenta uma série de problemas que requerem enfrentamento (Teixeira et. Al, 2002); (b) as

³⁶³ Por exemplo, Andreazzi e Kornis (2003) e Ocké-Reis (2005).

³⁶⁴ A Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP).

³⁶⁵ O ressarcimento ao SUS é o motivo mais freqüente de apresentação de ações que contestam a legalidade da regulamentação da área, segundo dados oficiais da Procuradoria da ANS (Brasil, Ministério da Saúde, ANS, 2004, p. 33).

³⁶⁶ Entre setembro de 1999 e setembro de 2003, teriam sido identificados mais de 400 mil atendimentos de beneficiários de planos de saúde pela rede do SUS; destes, cerca de 170 mil teriam acarretado cobrança de ressarcimento, correspondendo a um valor de mais de R\$ 200 milhões. Entretanto, só 20,8 % desse valor teria sido efetivamente pago.

³⁶⁷ Bahia (2001) menciona, por exemplo, a área de saúde mental.

operacionais, visto que várias estratégias propostas esbarram em dificuldades para sua implementação; (c) as de eficácia/ efetividade, dado que não se sabe em que medida alguns dos objetivos da regulamentação propostos e traduzidos em estratégias têm sido alcançados na prática, como a ampliação da cobertura e o controle de preços; (d) de legitimidade social, tendo em vista os freqüentes questionamentos de cunho jurídico-legal das operadoras relativos à atuação da ANS, decisões judiciais contrárias à agência e a persistente insatisfação dos consumidores com os planos.

Quanto às contradições, a primeira a ser considerada decorre da insuficiente clareza quanto aos propósitos e à direcionalidade da regulação do mercado de planos e seguros de saúde. Por exemplo, as exigências econômico-financeiras para a entrada e operação de empresas impostas pela ANS, para alguns autores, poderiam levar a uma maior concentração nesse mercado. Para Ocké-Reis (2005), a atuação da ANS nesse âmbito está informada principalmente pelo enfoque microeconômico, com pouca clareza sobre qual mercado se pretende induzir. Decorre daí o risco de que a ação da ANS venha a beneficiar as grandes empresas (por exemplo, as do ramo financeiro) e que a regulação do mercado de planos e seguros favoreça a formação de oligopólios, com repercussões potencialmente negativas sobre os preços e o bem-estar dos consumidores.

Acrescente-se a isso o fato, apontado por vários autores³⁶⁸, de que questões estruturais importantes relativas às relações público-privadas na saúde - as isenções fiscais, as implicações do interesse do grande capital financeiro na área - nunca teriam entrado efetivamente na agenda de debates, que no período do estudo permanece restrita a estratégias com baixa possibilidade de repercussão nas distorções estruturais nessas relações, como o ressarcimento ao SUS.

Mas talvez a maior contradição seja que a atuação do Estado nesse campo, embora importante, fundamenta-se em uma perspectiva de proteção aos consumidores desse mercado privado, de certa forma antagônica à noção da saúde como direito de cidadania expressa na Constituição brasileira. Assim, se por um lado denota o reconhecimento de uma situação real - a existência de um mercado de planos e seguros de saúde que envolve milhões de usuários - por outro lado afirma a segmentação entre dois subsistemas, o SUS e a assistência médica suplementar, nos quais a atuação estatal se dá por lógicas, estratégias e lugares institucionais diferenciados, sedimentando a fragmentação na condução da política nacional de saúde.

³⁶⁸ Por exemplo, Bahia (2001), Andreazzi e Kornis (2003) e Ocké-Reis (2005), já citados.

Tais limitações e contradições devem ser vistas como grandes desafios a serem enfrentados pelo Ministério da Saúde nessa ainda recente e complexa área de atuação federal, demandando uma abordagem mais integrada da política de saúde, que transcenda o insulamento administrativo, enfrente as distorções estruturais nas relações público-privadas em saúde e esteja orientada principalmente pela lógica do direito e da justiça social.

Vigilância epidemiológica (e prevenção e controle de doenças sob vigilância)

Existem diferentes abordagens em relação ao conceito de vigilância epidemiológica e de sua configuração como campo de ação estatal, no que tange à compreensão e acompanhamento da situação de saúde, das determinações e padrões de ocorrência de doenças. Segundo Silva Jr. (2004), as definições clássicas estão concentradas na idéia de detecção, análise e disseminação de informações, sendo elementos característicos da prática de vigilância: (a) atividade realizada de forma contínua; (b) foco dirigido a resultados específicos; (c) utilização de dados diretamente relacionados com práticas de saúde pública; (d) sentido utilitário, de obter o controle de doenças.

Em alguns países, incluindo o Brasil, historicamente observa-se na conformação desse campo de atuação a integração entre as ações típicas de vigilância com as de prevenção e controle de doenças transmissíveis, em uma concepção mais ampliada, que une a informação com a ação. No subtítulo acima, os parênteses servem para lembrar que atividades que podem ser caracterizadas como de assistência – no conceito adotado neste trabalho – no modelo brasileiro foram acopladas à prática de vigilância, desde o início do século XX. Este representa, portanto, um campo tradicional de atuação do Estado na saúde pública no Brasil, cujas origens antecedem mesmo a formação do antigo Ministério da Saúde³⁶⁹.

A Lei Orgânica da Saúde, de 1990, adota um conceito de vigilância epidemiológica amplo, que articula as ações típicas de gestão de informações epidemiológicas à ação. A partir desse ano e até o final de 2002, as atividades de vigilância epidemiológica, prevenção e controle de doenças transmissíveis ficam sob a responsabilidade da FUNASA, criada a partir da FSESP e SUCAM, incorporando ainda atividades do antigo Ministério da Saúde. Ao longo da década, os programas de controle de algumas doenças transmissíveis como tuberculose, hanseníase e DST/AIDS, passam para a responsabilidade da Secretaria

³⁶⁹ Para um histórico da vigilância epidemiológica no Brasil, ver Silva Jr., 2004.

de Assistência à Saúde (e entre 1997 e 2002 para a Secretaria de Políticas de Saúde), permanecendo os sistemas de notificação e informações referentes a essas doenças no âmbito da FUNASA.

Há também diferenças conceituais no que diz respeito ao objeto de atividade da vigilância, podendo ser mais restrito a doenças transmissíveis, ou mais amplo, se incluir o controle de fatores de risco para doenças crônicas ou questões ambientais. No caso brasileiro, o campo de vigilância epidemiológica se estrutura voltado para as doenças transmissíveis e assim permanece ao longo dos anos 90, apesar da LOS conter uma definição mais abrangente. Ao final da década se acentua o debate sobre a necessidade de alargamento do objeto (Silva Jr, 2004), porém sem implicações concretas até o final do período de estudo.

O Quadro 6.1. resume as doenças transmissíveis sob vigilância no Brasil, classificando-as segundo a situação epidemiológica.

Quadro 6.1.- Situação epidemiológica das doenças transmissíveis no Brasil

Doenças com tendência descendente	Doenças com quadro de persistência	Doenças emergentes e reemergentes
Difteria Coqueluche Tétano Poliomielite Sarampo Rubéola Raiva humana Doença de Chagas Hanseníase Febre tifóide Oncocercose Filariose Peste	Malária Tuberculose Meningites Leishmaniose visceral Leishmaniose tegumentar americana Febre amarela silvestre Hepatites Esquistossomose Leptospirose Tracoma Acidentes por animais peçonhentos*	Aids Cólera Dengue Hantavirose Febre maculosa brasileira

Fonte: Elaborado a partir do Relatório da Situação das Doenças Transmissíveis no Brasil- Agosto de 2004. (Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005).

Nota: *Os acidentes por animais peçonhentos constam no quadro porque também estão sob vigilância em uma lógica similar a das doenças transmissíveis.

Ainda que o peso das doenças transmissíveis como causa de mortalidade tenha se reduzido nas últimas décadas, elas persistem como causas importantes de morbidade e representam sérios problemas de saúde pública no país, manifestando diferenças associadas às condições sócio-econômicas, sanitárias e ambientais. Assim, mesmo doenças consideradas de tendência descendente requerem estratégias intensas de controle, seja por apresentarem incidência ou prevalência ainda elevada em algumas regiões do país (como a hanseníase), seja pelo risco de reintrodução (como a poliomielite, considerada erradicada do Brasil, mas que existe em outros países).

Esse quadro alerta para a importância de que a vigilância epidemiológica, prevenção e controle das doenças transmissíveis ocupe posição de destaque na agenda governamental, uma vez que sua subestimação pode levar à persistência ou recrudescimento de doenças, como já ocorreu em alguns momentos. Ressalte-se ainda que a alta incidência ou prevalência de várias dessas doenças em algumas regiões ou grupos populacionais têm relação com precárias condições sócio-econômicas e sanitárias ou com distorções do modelo de desenvolvimento, como é o caso da associação já identificada entre ocupação desordenada do território, desmatamento, deslocamento da população, desestruturação social e ocorrência de malária na região da Amazônia Legal. Portanto, o controle dessas doenças requer uma interação mais ampla entre o Ministério da Saúde e outras áreas de governo, ou mais do que isso, a articulação entre políticas de desenvolvimento e políticas sociais e de saúde no âmbito nacional, regional e local, o que em última análise requer a opção por um modelo de desenvolvimento voltado para o bem-estar social.

A atuação do Ministério da Saúde na área de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis no período de 1990 a 2002 é caracterizada por: (a) análise da situação de saúde por meio da coordenação e gestão de sistemas de informações nacionais³⁷⁰, em sua maior parte sob a responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia³⁷¹; (b) até 1999, condução centralizada dos programas de controle de doenças transmitidas por vetores e endemias rurais, sob responsabilidade do Departamento de Operações/FUNASA e com execução direta de ações referentes a esses programas pelas estruturas regionais da FUNASA e guardas sanitários³⁷²; a partir de 1999, esses programas são incorporados ao CENEPI e se inicia a descentralização de recursos nessa área; (c) o Programa Nacional de Imunizações, voltado para as doenças imuno-preveníveis, que tem características próprias na década, com um início mais precoce do processo de

³⁷⁰ Os principais são: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN) e sistema de informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Há ainda sistemas de informações construídos para o monitoramento de doenças específicas.

³⁷¹ Segundo Silva Jr. (2004) o CENEPI foi criado em 1991 com o objetivo de disseminar o uso da epidemiologia nas várias áreas do SUS e foi importante para a estruturação das áreas de epidemiologia nas SES e SMS, bem como para a formação de quadros nessa área. Na ocasião, as atividades de controle de vetores e o Programa Nacional de Imunizações não estavam sob a responsabilidade do CENEPI. Ao longo da década, o CENEPI teria expandido sua ação no âmbito da prevenção e controle de doenças. Sobre a história da vigilância epidemiológica no período estudado, ver também Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde (2004).

³⁷² As doenças cujo controle é feito exclusivamente pela FUNASA até 1999 são: malária, leishmaniose, esquistossomose, dengue, febre amarela, doença de chagas, tracoma, peste, filariose e bócio.

descentralização de ações³⁷³, avanços importantes no controle de algumas doenças e peculiaridades na relação com os mercados de insumos e prestação de serviços na área.

Mas quais são as políticas no âmbito da vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis tomadas como prioritárias pelo Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002?

Antes de responder a essa pergunta, é importante ressaltar que a FUNASA se configura como uma estrutura especializada na condução de políticas nessa área, relativamente isolada das demais áreas do Ministério, compreendendo grupos técnicos voltados para o controle de determinadas doenças ou grupos de doenças, que atuam com conhecimento especializado e propõe estratégias e medidas de acordo com esse conhecimento. É claro que, para estes profissionais e para os dirigentes da FUNASA, a vigilância, prevenção e controle das várias doenças transmissíveis é tomada como prioridade durante todo o período do estudo, dentro das suas possibilidades de ação, favorecendo certa continuidade na condução de políticas específicas durante o período.

No entanto, conforme discutido no início do capítulo, a identificação de uma política como prioritária na agenda do Ministério da Saúde para efeito deste trabalho implica o seu reconhecimento como tal pelos dirigentes federais com maior poder decisório – particularmente o próprio Ministro, o Secretário Executivo e de certa forma o Secretário de Assistência à Saúde – e a identificação de esforços substantivos políticos e financeiros na implantação da referida política.

No que diz respeito à área de vigilância epidemiológica, prevenção e controle de doenças transmissíveis, Ocké-Reis et al. (2001), ao fazerem uma análise da evolução dos gastos orçamentários do Ministério por grandes programas de 1993 a 1999, apontam oscilações na participação da vigilância epidemiológica, sugerindo que gastos nessa área talvez sejam mais suscetíveis às dificuldades financeiras conjunturais.

A análise das entrevistas, de documentos oficiais e de outras informações de gastos federais, sugerem que a principal prioridade do Ministério da Saúde no que se refere ao controle de doenças transmissíveis no período do estudo é a política nacional de combate à AIDS, conforme já abordado. Outras políticas que ocupam certo destaque na agenda federal são: (a) a Política Nacional de Imunizações, de forma relativamente homogênea ao longo da década; (b) as estratégias de controle de doenças específicas em momentos de

³⁷³ Para um histórico do PNI e uma discussão da importância dessa política, ver Temporão (2002). Uma análise da descentralização no âmbito do programa é feita por Fausto (2002).

aumento expressivo de sua incidência/ prevalência ou de surtos, ou seja, em momentos epidemiológicos críticos.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é freqüentemente apontado como prioritário pelos dirigentes federais³⁷⁴ e conta com amplo reconhecimento junto à população. Entre os avanços do PNI nos anos 90, pode-se apontar: o aumento da cobertura vacinal nacional, a inclusão de novas vacinas no calendário oficial³⁷⁵, a redução da incidência de várias doenças imuno-preveníveis, e o reconhecimento da erradicação da poliomielite no país, fruto de uma combinação de estratégias adequadas, incluindo campanhas de vacinação periódicas. Por outro lado, nem todos os problemas referentes às doenças imunopreveníveis foram equacionados nos anos 90. Persistem desafios importantes na área, relacionados a baixas coberturas em alguns municípios do país, os riscos de ocorrência de epidemias se as estratégias de controle não forem adequadamente seguidas³⁷⁶ e a não incorporação de algumas vacinas reconhecidas como eficazes ao calendário obrigatório, como a vacina antipneumocócica e a vacina contra o vírus da Hepatite A, amplamente ofertadas por clínicas privadas.

Ressalte-se nesse sentido o crescimento nesta década do setor privado prestador de serviços nessa área tradicional da saúde pública e a importante dependência das importações de tecnologias e insumos na área (Temporão, 2002 e 2003), ainda que o segmento de vacinas talvez tenha sido o único do complexo da saúde em que a produção nacional não sofreu um *downgrade* tecnológico nos anos 90 (Gadelha, 2002). Essas questões sugerem que ainda existem lacunas de atuação do Estado nesse campo, em que deve ser buscada a integração entre política de saúde, desenvolvimento científico e política industrial, com o objetivo de reduzir a dependência externa e assegurar a universalidade e igualdade no acesso às vacinas necessárias e eficazes.

Quanto à priorização pelo Ministério da Saúde do controle de outras doenças em momentos de agravamento do seu quadro epidemiológico, a análise das entrevistas e de outros documentos aponta diversos exemplos dessa postura reativa, sendo inclusive

³⁷⁴ Quase todos os dirigentes federais entrevistados e também outros gestores, referiram-se ao PNI como exemplo de política federal prioritária e/ou bem sucedida.

³⁷⁵ Por exemplo, a vacina tríplice viral, a vacina contra o vírus da Hepatite B e a vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo B (Temporão, 2002).

³⁷⁶ Um exemplo citado por Silva Jr. (2004) e Brasil, Ministério da Saúde, SVS (2004) seria a ocorrência de um surto de sarampo em 1997, decorrente de fatores como o esmorecimento da vigilância epidemiológica e a insuficiente adesão de alguns especialistas e governos à estratégia proposta no Plano Nacional de Eliminação do Sarampo de 1992, que compreendia cobertura vacinal de rotina e realização de campanhas de vacinação indiscriminada de seguimento a cada cinco anos. A cobertura da campanha de seguimento realizada em 1995

comum a referência ao papel da mídia na divulgação dessas situações de crise, com repercussão negativa para o Ministério³⁷⁷. No início da década, o reaparecimento da dengue, da cólera, o aumento dos casos de sarampo e epidemias de febre amarela e malária entre os índios Yanomâmis mobilizam o Ministério e geram respostas federais específicas, incluindo a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito nacional³⁷⁸, entre outras. Em outros momentos, o aumento do número de casos de dengue leva à construção do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (em 1996) e/ou o direcionamento de recursos e a mobilização política do próprio ministro junto às autoridades estaduais e municipais para o controle dessa doença (como entre 1999 e 2002).

Outro exemplo é o aumento expressivo do número de casos de malária entre 1998 e 1999, em decorrência de múltiplos fatores, que leva à formulação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária (PIACM). A implantação de uma série de ações do Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios na Região da Amazônia Legal entre 2000 e 2002, contribui para conter a tendência de crescimento desta doença. No entanto, as taxas de incidência permanecem altas e persistem os problemas estruturais que mantêm essa doença em níveis elevados na Região da Amazônia Legal, com risco de novos aumentos de casos, alertando mais uma vez para a necessária articulação entre políticas de desenvolvimento regional, de proteção ambiental e de saúde.

Outro aspecto a ser discutido é a descentralização de ações na área de vigilância epidemiológica, prevenção e controle de doenças, que só se inicia efetivamente no ano 2000, apesar das diretrizes constantes na Lei Orgânica da Saúde³⁷⁹. Se a política de descentralização, em termos gerais, representa uma prioridade da agenda do Ministério da

teria sido de somente 77% e alguns estados não a teriam realizado, favorecendo a ocorrência do surto em 1997.

³⁷⁷ A atuação da mídia no que tange à divulgação de informações sobre essas doenças, com pressões sobre o ministério, foi abordada pelo Ministro Alcení Guerra em entrevista à pesquisadora e é enfatizada em livro de autoria do Ministro José Serra (Serra, 2002), que critica o excesso de sensacionalismo e a inconseqüência nas críticas à política federal em alguns momentos durante a sua gestão.

³⁷⁸ A situação crítica em relação a essas doenças no início da década e a necessidade do Ministério se organizar para responder a esses problemas foram destacados em entrevistas com o Ministro Alcení Guerra, em entrevista concedida à pesquisadora em 16/07/2004.

³⁷⁹ Segundo a LOS, cabe ao gestor federal a definição e coordenação do sistema de vigilância epidemiológica, com a execução direta de ações apenas em situações excepcionais. Já em 1992, na IX Conferência Nacional de Saúde e em outros momentos da década, chega a ser discutida a possibilidade de extinção da FUNASA, com vistas à descentralização imediata de suas atribuições para estados e municípios. No entanto, as resistências à descentralização são grandes, particularmente nos estados da Região Norte, onde as estruturas regionais da FUNASA eram pesadas e, às vezes, mais estruturadas do que as áreas de vigilância das secretarias estaduais (Silva Jr., 2004). Durante a atuação no Departamento de Descentralização/SAS no Ministério da Saúde entre 2000 e 2002, a pesquisadora teve a oportunidade de viajar para alguns estados da Região Norte e presenciar conflitos referentes à descentralização de serviços e ações nessa área.

Saúde nos anos 90, pode-se dizer que nessa área é que se observam as maiores resistências e atrasos à sua concretização. A NOB/96 é a primeira norma operacional a tratar da descentralização no âmbito da “Epidemiologia e Controle de Doenças” e o início de sua implementação no que diz respeito à assistência no início de 1998 abre espaço para as negociações entre gestores para a descentralização na área de vigilância epidemiológica (Silva Jr., 2004), culminando na edição de portarias específicas de regulamentação ao final de 1999³⁸⁰.

O modelo de descentralização nessa área, segundo Silva Jr. (2004), procura articular atividades que devem permanecer no âmbito nacional - padronização e normatização técnica; coordenação de sistemas de informações; fornecimento de insumos estratégicos; simultaneidade de ações em vários pontos do país – com a descentralização das responsabilidades de execução, principalmente para os municípios.

A estratégia adotada apresenta algumas características que merecem destaque. No âmbito do financiamento, pela primeira vez no SUS, os estados são classificados em três estratos considerando o perfil epidemiológico e provável diferença nos custos de operação do controle das doenças existentes e adotam-se valores diferenciados entre os grupos nos seguintes componentes do financiamento: (a) valor per capita/ano; (b) valor por Km²/ano; e (c) exigência de contrapartida estadual. Privilegia-se desta forma o primeiro estrato, em que se situam os estados e municípios da Amazônia Legal. É também interessante registrar a existência de um componente *per capita* que só é incorporado ao teto dos municípios certificados, visando estimular a municipalização e o movimento de agregar incentivos e parcelas financeiras antes fragmentados em vários programas em um modelo único de descentralização de recursos (Silva Jr., 2004), pelo menos entre 2000 e 2002.

Uma segunda característica a ser destacada é a intensa descentralização de serviços, equipamentos e pessoal que ocorre nesse período, com cerca de dez anos de atraso em relação à descentralização de serviços de assistência.

A adesão dos estados ao processo de descentralização nessa área é bastante acelerada, sendo que todos se certificam entre março e setembro de 2000. Também a certificação dos municípios é expressiva, alcançando 4798 (86,3%) dos municípios ao final de 2002. Isso pode se relacionar tanto ao caráter atrativo dos mecanismos de indução

³⁸⁰ A Portaria 1399, de dezembro de 1999 define as atribuições de cada gestor no âmbito da “Epidemiologia e Controle de Doenças”, termo que consta na NOB/96. A portaria nº 950 do mesmo ano regulamenta o financiamento das ações a serem descentralizadas.

federal, como ao fato de estados e municípios já estarem em momentos mais avançados de estruturação, por já terem assumido atribuições de gestão na área de assistência.

A administração central da FUNASA se volta para a regulação da descentralização, a padronização de procedimentos, coordenação de ações, a implementação de estratégias de programação, a gestão de sistemas de informações e avaliação epidemiológica no plano nacional³⁸¹.

Face ao caráter ainda recente do processo de descentralização, é cedo para saber se a nova distribuição de atribuições e o modelo de descentralização adotado irão favorecer avanços no âmbito da vigilância epidemiológica, prevenção e controle de doenças transmissíveis e como irá se configurar o novo papel do Ministério da Saúde nessa área. Um cenário possível é um deslocamento federal para as atividades de gestão de informações, monitoramento e avaliação, com estados e municípios assumindo a vigilância no âmbito local e as atividades de prevenção e controle de doenças. Outra possibilidade é uma ampliação de atuação do Ministério na estruturação de outras atividades de vigilância – de doenças não transmissíveis e ambiental –, em que a atuação federal até 2002 é considerada limitada³⁸².

Outras áreas em que o Ministério da Saúde poderia expandir sua atuação seriam no fomento ao desenvolvimento e regulação de tecnologias relevantes para a área e na integração com outros setores de governo a respeito do debate de alternativas de desenvolvimento regional e de proteção ambiental mais favoráveis ao bem estar social e à saúde, em uma vertente em que a atuação do Ministério da Saúde ainda é limitada, e o modelo de desenvolvimento é adverso.

Vigilância sanitária

A vigilância sanitária é uma área antiga e estratégica de atuação do Estado, que se configura de forma diferentes nos vários países. No Brasil, o termo vigilância sanitária foi empregado para designar esse campo da saúde pública que tem como principal finalidade a proteção da saúde por meio da eliminação ou redução do risco envolvido no uso e consumo de tecnologias – produtos e serviços – e nas condições ambientais. Tal como

³⁸¹ Cabe assinalar ainda a existência de uma área de saneamento na FUNASA. A dispersão de responsabilidades sobre o saneamento entre vários ministérios do governo (Abrucio, 2004) e as especificidades da área tornam complexa a análise das políticas nesse âmbito, fugindo ao escopo deste trabalho.

³⁸² Tal movimento de ampliação do objeto parece justificar a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde no ano de 2003, fora do período do presente estudo.

instituída no Brasil, a vigilância sanitária abrange a regulação de um leque muito grande de produtos e serviços de natureza diversa, o que confere a essa área um caráter de alta especialização nos seus vários ramos e sub-ramos (Lucchese, 2001).³⁸³

Para o autor, a importância do campo da Vigilância Sanitária pode ser apreendida em diferentes planos: (a) na saúde pública, pela busca do controle dos riscos sanitários envolvidos na produção e no consumo de bens e serviços de saúde; (b) no modelo de atenção, pela possibilidade de regulamentar os serviços dentro de uma nova lógica de inserção no sistema de saúde; (c) na economia, pela interface com vários setores em função do potencial para implementar o valor de qualidade, não apenas sobre os produtos sob regulação, mas com possível interferência em toda a cadeia da produção ao consumo dos produtos e serviços de interesse para a saúde; (d) na proteção ao consumidor e, sobretudo, no desenvolvimento da cidadania no país.

Ressalte-se ainda a possibilidade de analisar as atividades de regulação sanitária em duas dimensões: a *avaliação de risco*, de caráter mais científico, que envolve uma interface importante com a área de pesquisa e desenvolvimento em cada país; o *gerenciamento de risco*, que compreende o conjunto de escolhas e estratégias de política pública a partir dos subsídios da avaliação de risco, mas considerando também outras variáveis políticas, econômicas e sociais em cada contexto específico (Lucchese, 2001). A ação do Estado pode envolver tanto a formulação de políticas de avaliação de risco, por exemplo, por meio do fomento à pesquisa e desenvolvimento, de caráter estratégico; como é também fundamental no que diz respeito às políticas de gerenciamento do risco, que envolvem preferências e escolhas públicas que devem incorporar critérios estratégicos relacionados às possibilidades de desenvolvimento e realidade sanitária de cada país, buscando adequar o sistema produtivo às necessidades sociais de saúde.

Eduardo (2002) destaca quatro dimensões inerentes à prática da Vigilância Sanitária: a *política*, relacionada aos conflitos que permeiam o campo, já que prevenir ou eliminar riscos interfere no modo de produção econômico-social; a *ideológica*, relativa às opções entre o atendimento às necessidades sociais ou a outros projetos e interesses; a *tecnológica*, referente à necessidade de suporte de várias áreas do conhecimento científico,

³⁸³ Os objetos de regulação podem ser agrupados nos ramos: alimentos, medicamentos, produtos biológicos (vacinas, sangue), produtos médicos, odontológicos, hospitalares e laboratoriais; saneantes e desinfetantes; produtos de higiene pessoal, perfumes e cosméticos; controle sanitário de portos, aeroportos, fronteiras. A Lei 8080/90 também inclui na vigilância sanitária o controle da ampla gama de serviços de interesse para a saúde e dos riscos à saúde relacionados ao meio ambiente, inclusive os ambientes de trabalho (Lucchese, 2001).

incluindo a atribuição de avaliação de processos e agravos, em vários momentos; a *jurídica*, que a distingue das demais práticas coletivas de saúde, compreendendo prerrogativas conferidas pelo seu poder de polícia e sua função normalizadora.

Esforços de redefinição conceitual do campo têm enfatizado que a regulação sanitária, em sua acepção plena, deve ser estruturada na perspectiva da proteção/promoção da saúde e guarda estreita relação com as práticas de avaliação tecnológica e de qualidade em saúde. Tais questões têm grande importância para a estruturação da vigilância sanitária no âmbito de estados e municípios e colocam novos desafios para o gestor federal.

A análise da atuação do Ministério da Saúde na vigilância sanitária nos anos 90 deve considerar tanto variáveis histórico-estruturais quanto as mudanças no contexto internacional e nacional que influenciam a atuação do Estado nessa área e definem os contornos para sua reestruturação no âmbito da política nacional de saúde.

Apesar de sua relevância, a trajetória da vigilância sanitária no Brasil é marcada por um relativo insulamento em relação aos demais campos da política de saúde e por uma ação frágil e marcadamente cartorial, desde sua estruturação (Costa, 2004)³⁸⁴. Tal situação persiste na maior parte dos anos 90, mesmo após a instituição do SUS pela Constituição de 1988 e da promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, que conceitua o campo de Vigilância Sanitária e procura definir atribuições do Estado nessa área nas três esferas de governo.

Por outro lado, as intensas transformações no plano internacional e nacional nos anos 90 trazem novas pressões e dilemas para a regulação sanitária no Brasil. O contexto de globalização faz com que esse campo também tenha que ser pensado na ótica das relações internacionais, em função da formação de blocos econômicos supra-nacionais e do aumento da importância das regulamentações sanitárias internacionais (Lucchese, 2001). A abertura da economia brasileira no início dos anos 90 e o aumento das importações de vários insumos relacionados à saúde nos anos subsequentes evidenciam ainda mais essa questão.

³⁸⁴ A autora assinala que as atividades referentes a essa área estavam dispersas entre vários órgãos federais até 1976, quando é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Mesmo a partir de então, a SNVS nunca teria contado com a valorização institucional e as condições estruturais necessárias para o adequado desempenho de suas atribuições, cada vez mais ampliadas pelo ordenamento jurídico. Cabe no entanto ponderar que a distância entre os avanços normativos e a precariedade operacional na área pode ter relação com os fortes interesses econômicos envolvidos.

Ainda assim, pode-se dizer que a vigilância sanitária não representa uma prioridade na agenda política do Ministério da Saúde até pelo menos o ano de 1998³⁸⁵. Na primeira metade da década, a precariedade da situação da Secretaria de Vigilância Sanitária é marcante, agravada ainda pela redução do número de funcionários e pelas freqüentes trocas de secretários e demonstrado em denúncias pela mídia, em que pesem alguns esforços de técnicos ligados à área debaterem alternativas para sua reestruturação.

A partir de 1995, a estruturação de uma agenda de reforma do Estado no Governo Fernando Henrique Cardoso orientada para a conformação de uma “administração gerencial” favorece o debate entre o Ministério da Saúde e outros ministérios do governo – particularmente o MARE, a Fazenda e a Casa Civil - sobre a criação de uma agência federal com maior autonomia voltada para a regulação sanitária³⁸⁶. Acrescente-se a isso o reconhecimento pelo Ministro Adib Jatene da precariedade da situação dessa área no Brasil, em contraposição à situação de outros países desenvolvidos³⁸⁷. Apesar deste debate no interior do governo e de alguns esforços do Ministério no sentido de garantir o rigor nas ações de controle sanitário, as condições concretas não favorecem a necessária transformação dessa área até 1997.

Entretanto, alguns acontecimentos nos anos de 1996 a 1998, como tensões relativas à vigilância sanitária no âmbito das negociações do Mercosul e os escândalos de fraudes e falsificações de medicamentos, colocam a fragilidade política e técnica da vigilância sanitária área em evidência perante a opinião pública e representam novas pressões para a reestruturação da área. Diversos estudos relatam que até mesmo as entidades representativas de segmentos da indústria mostravam incômodo com a precariedade da situação da vigilância sanitária e publicamente defendiam transformações mais substantivas na área³⁸⁸.

É nesse contexto que, ao assumir o Ministério da Saúde em março de 1998, José Serra retoma a idéia de constituição de uma agência reguladora na área e conduz um processo de negociação bastante acelerado junto a outras áreas de governo, que resulta na conformação de uma proposta de criação da agência em poucos meses e na aprovação de

³⁸⁵ Isso é afirmado por estudos específicos sobre a área (Lucchese, 2001; Piovesan, 2002; Costa, 2004) e também é coerente com os achados da presente pesquisa, a partir das entrevistas realizadas, da análise documental e do orçamento do Ministério da Saúde.

³⁸⁶ A área de vigilância sanitária é uma das identificadas para a constituição de uma agência executiva, conforme proposto pelo MARE.

³⁸⁷ Entrevista com Adib Jatene em 24 de agosto de 2004.

uma medida provisória pelo Congresso ainda no final do ano³⁸⁹. Ainda que com raízes na proposta de Reforma do Aparelho do Estado, a proposta conformada tem características próprias e se diferencia das proposições dos debates anteriores e do modelo defendido pelo MARE³⁹⁰ e sua rápida aprovação evidencia na realidade a força política do Ministro Serra no interior do governo e junto ao Congresso Nacional. De certa forma, a rapidez na criação da agência também reflete uma resposta política ao agravamento da situação de crise da área em 1997, que já era amplamente prevista e anunciada nos anos anteriores, mas que passa a alcançar maior repercussão junto à opinião pública.

A mesma lei de criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no início de 1999, define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SINAVISA) e estabelece que a competência da União nesse sistema seria exercida: (a) pelo Ministério da Saúde, no que se refere à formulação, acompanhamento e avaliação da área e do SINAVISA; (b) pela ANVISA, no que tange às atribuições definidas pela Lei; (c) por outros órgãos e entidades federais afins. A Lei menciona ainda a participação de estados e municípios no sistema.

No mês seguinte, em fevereiro, a aprovação de dois outros atos legislativos têm importantes implicações para a atuação da agência: a lei de instituição dos medicamentos genéricos³⁹¹ e uma medida provisória que altera pontos importantes na lei de criação da ANVISA³⁹², tais como: a competência da agência para monitorar preços de medicamentos

³⁸⁸ Esse ponto é enfatizado por Piovesan (2002) e também foi abordado por José Carlos Seixas, secretário executivo do Ministério da Saúde durante a gestão Jatene, em entrevista à pesquisadora no âmbito do presente estudo.

³⁸⁹ Medida Provisória nº 1791, de 30 de dezembro de 1998, que criava a Agência e o SNVS, aprovada pelo Congresso em janeiro e convertida na Lei nº 9782 de 26 de janeiro de 1999. Para um histórico dos projetos anteriores e da criação da ANVISA, ver Lucchese (2001) e Piovesan (2002).

³⁹⁰ O MARE defendia a proposta de agência executiva, com menor autonomia e poder, além de uma restrição do campo de atuação da agência à área de medicamentos, enquanto outras atividades deveriam permanecer em uma secretaria no Ministério. A proposta defendida pelo Ministério da Saúde era de uma agência reguladora que abrangesse as diversas áreas sob responsabilidade da SVS. Nas negociações, predomina a proposta da Saúde, mas para viabilizar a rápida aprovação da proposta o Ministério teria aberto mão de incluir na Agência a vigilância ambiental e a vigilância em saúde do trabalhador (Piovesan, 2002).

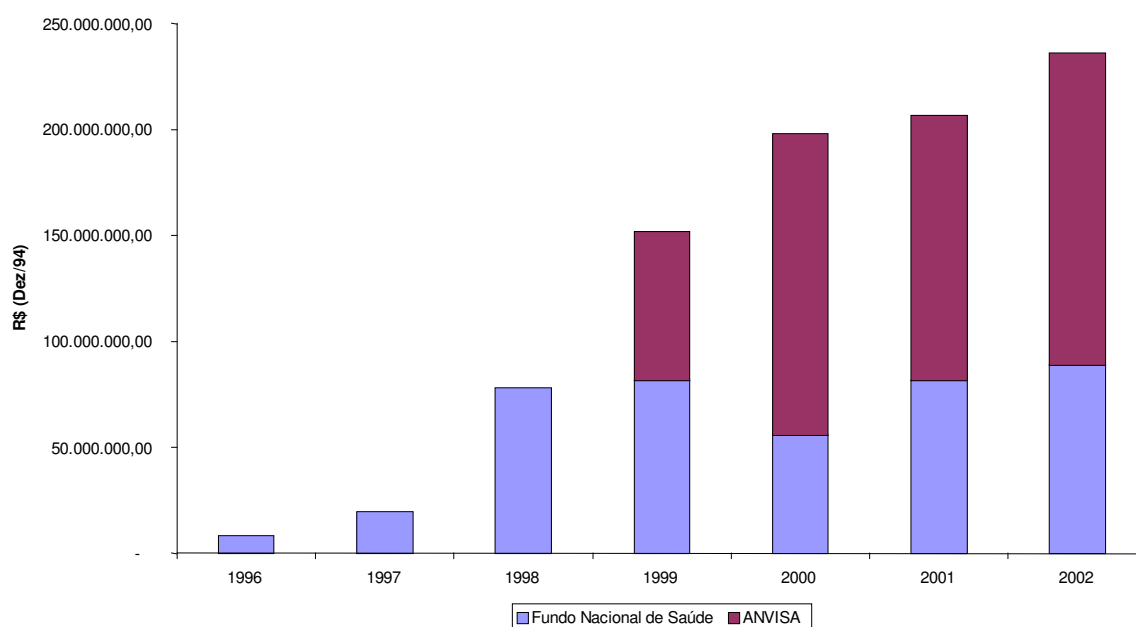
³⁹¹ A Lei 9787, de 10 de fevereiro de 1999, ou Lei dos genéricos, foi aprovada em tempo recorde, sinalizando mais uma vez a força política de Serra. Essa lei, no entanto, encontra respaldo em debates anteriores, incluindo um projeto que já estava em tramitação na Câmara desde 1991, do Deputado Eduardo Jorge; um decreto presidencial de 1993, durante a gestão de Jamil Haddad; a resolução nº 280 do CNS de 6 de maio de 1998, que aponta a necessidade de uma política de genéricos no país; recomendações de especialistas da área, alguns dos quais ocupam cargos no MS no período. Para maiores informações, ver os trabalhos de Sutton (2004), sobre a política de genéricos; de Baptista (2003), sobre a produção legislativa e executiva em saúde nos anos 90; e de Lucchese (2001), sobre a vigilância sanitária no Brasil nos anos 90.

³⁹² Medida provisória nº 1814, de fevereiro de 1999, que até 2001, teria sofrido mais de 30 reedições dessa medida provisória, promovendo alterações não apenas na lei de criação da agência, mas em outras leis importantes (Lucchese, 2001; Piovesan, 2002).

e outros insumos; a prioridade para registro dos genéricos; a prerrogativa de isentar de taxas alguns produtos e serviços de alta relevância; entre outros.

Na prática, a antiga Secretaria de Vigilância Sanitária é extinta, e a ANVISA passa a ser a coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, vinculada ao Ministério da Saúde por meio de um contrato de gestão. A estruturação em 1999 da agência favorece uma expansão expressiva dos recursos destinados à área nos anos subsequentes, como mostra a Figura 6.3.

Figura 6.3.- Evolução da execução orçamentária do Ministério da Saúde referente à Vigilância Sanitária de 1996 a 2002 (valores corrigidos pela inflação).



Fonte: Elaborado a partir de planilhas de execução orçamentária do Ministério da Saúde fornecidas pela SPO/SE/MS, considerando os valores pagos em cada ano.

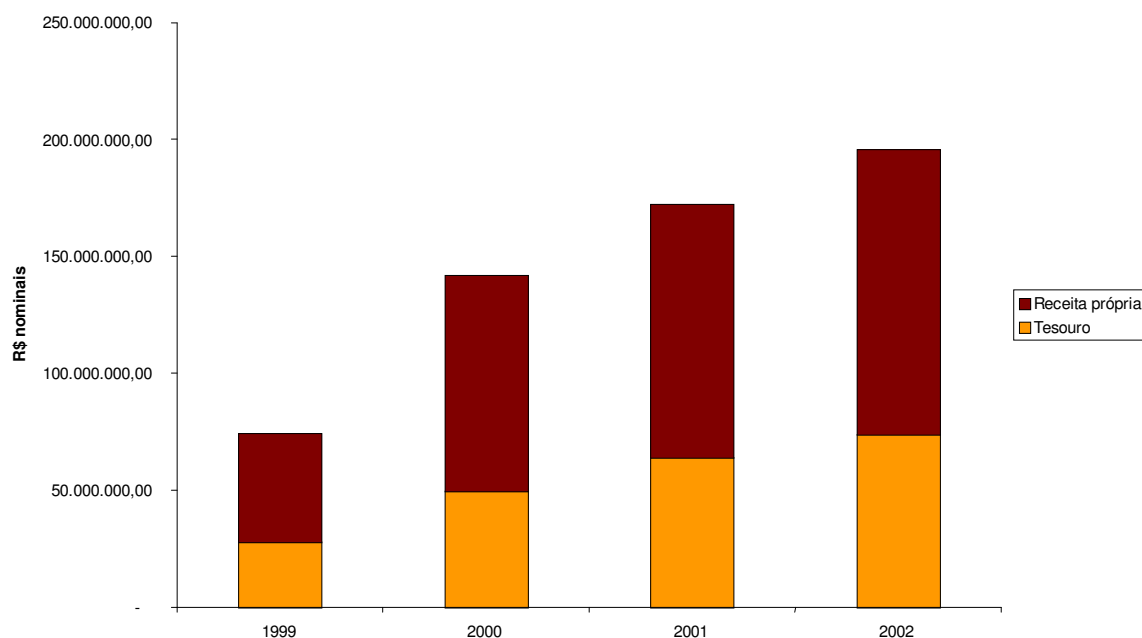
Nota: Valores ajustados pelo IPCA, para dezembro de 2004.

Na realidade, a figura demonstra que mesmo antes da criação da ANVISA, havia ocorrido um aumento da alocação de recursos para a área de vigilância sanitária entre 1997 e 1998, provavelmente relacionado à implantação do PAB-VISA, desembolsado pelo Fundo Nacional de Saúde. Após a criação da ANVISA, prossegue o aumento de recursos para a área, atingindo uma variação de mais de 2000% entre 1996 e 2002 (em valores corrigidos pelo IPCA).

A análise das despesas da ANVISA por fontes de financiamento revela um aumento progressivo dos gastos entre 1999 e 2002, propiciado tanto pelo incremento da arrecadação

própria quanto da destinação de recursos do Tesouro Nacional (Figura 6.4), que responde por cerca de 36% das despesas da agência no período.

Figura 6.4- Evolução das despesas da ANVISA por fonte de financiamento de 1999 a 2002 (em valores nominais).



Fonte: Relatório Anual de Execução do Contrato de Gestão (Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002).

A melhoria das condições de estrutura institucional e do influxo financeiro propicia que entre 1999 e 2002 a ANVISA desenvolva um grande leque de atividades de normatização e padronização técnica em várias áreas específicas, produza um expressivo número de documentos técnicos, estabeleça parcerias com instituições acadêmicas para pesquisa e fomento à formação e capacitação de recursos humanos na área, entre outras ações, representando de fato uma ampliação e diversificação de suas atividades.

No entanto, em que pese a abrangência de atividades sob responsabilidade da ANVISA, um grande volume do trabalho da agência tem relação com as autorizações para registro de produtos, sendo que os medicamentos têm um peso importante no total de solicitações e conseqüentemente no montante de taxas diretamente arrecadadas pela agência³⁹³. Entre 1999 e 2002, a atuação da ANVISA é grandemente orientada para a

³⁹³ As taxas correspondem a quase 90% dos recursos diretamente arrecadados pela ANVISA. Em 2001, os medicamentos foram responsáveis pelo maior volume de taxas arrecadadas pela agência, com destaque para os seguintes fatores geradores de taxas: renovação de registro de medicamento similar, registro de medicamento novo, boas práticas de fabricação e renovação de registro de medicamento novo. No ano de

política de genéricos, considerada uma prioridade governamental. A questão do controle de qualidade de produtos, uma importante área de regulação sanitária, nessa fase é bastante direcionada para a entrada de genéricos no mercado, particularmente por meio das negociações e da organização para o cumprimento da exigência dos testes de bioequivalência ou de biodisponibilidade.

Outra atividade atribuída à ANVISA por medida provisória é o monitoramento de preços de insumos, que não seria uma função típica de regulação sanitária, embora seja uma atividade estratégica na regulação de mercados de insumos e produtos de saúde. Essa atribuição entra no escopo da agência principalmente devido à preocupação com os preços de medicamentos e a priorização da política de genéricos já referida, que fica sob responsabilidade da agência.

Outro aspecto importante a ser abordado diz respeito à descentralização na área de vigilância sanitária, assumida como uma diretriz pela Lei Orgânica da Saúde. Se os estados já exerciam atividades de vigilância sanitária, principalmente de fiscalização de serviços, desde os anos 70, é apenas a partir da LOS que se estabelece, ainda que em termos gerais, uma ênfase no papel executor dos municípios, na mesma lógica proposta para a assistência à saúde.

O início da descentralização na vigilância sanitária nos anos 90 é, entretanto, mais tardio do que o da assistência e se dá em dois movimentos distintos: (a) em 1998, pela instituição de um componente do PAB variável voltado para o financiamento das ações de vigilância sanitária, em base *per capita*, a ser repassado para todos os municípios habilitados em uma das condições de gestão da NOB 96; (b) a partir de 2000, pela celebração dos Termos de Ajuste e Metas entre a ANVISA e os estados, que regulam a definição de atribuições, metas e regras para a transferência de recursos referentes à Vigilância Sanitária, compreendendo inclusive parte das taxas arrecadadas pela ANVISA³⁹⁴.

Ao que parece, em que pese a definição genérica da LOS em relação à descentralização com ênfase na execução pelos municípios, na prática, pelo menos em

2002, uma mudança na regulamentação pela ANVISA referente à obrigatoriedade de autorização para funcionamento de farmácias e drogarias fez com que esse fosse o principal fator gerador de arrecadação de taxas pela ANVISA.

³⁹⁴ No ano de 2002, os recursos financeiros transferidos para estados e municípios se distribuíram assim: (a) do Fundo Nacional de Saúde, R\$ 38,2 milhões referentes ao PAB-VISA, transferidos principalmente para municípios; e R\$ 27,7 milhões de média e alta complexidade calculados em base *per capita*; (b) da ANVISA, R\$ 25,9 milhões de média e alta complexidade, relacionados aos fatores geradores da arrecadação de taxas. Ver MS/ANVISA (2002).

alguns estados com maior grau de estruturação, estaria se delineando um movimento de repartição de atribuições mais estratificado entre estados e municípios por tipo ou complexidade da atividade de fiscalização. Ressalte-se, entretanto, a diferença nos ritmos da descentralização e de capacidade de assumir e desenvolver as atribuições nessa área por parte dos distintos estados e municípios³⁹⁵.

Há um grande consenso entre dirigentes e estudiosos da área de que a criação da ANVISA teria representado uma inflexão muito importante para a política nacional de vigilância sanitária no Brasil, trazendo avanços em relação à situação de precariedade em que essa área se encontrava até 1997. No entanto, também são apontadas limitações importantes no processo de reforma realizado e questões relevantes ainda não equacionadas.

No que tange à atuação do gestor federal no âmbito da vigilância sanitária, três grupos de questões merecem discussão.

O primeiro diz respeito à inserção da ANVISA no âmbito de uma política nacional de vigilância sanitária orientada por diretrizes claras quanto ao papel do Estado nessa complexa área, ou de forma mais ampliada, sua inserção na política nacional de saúde e relação com as demais áreas de atuação estatal relevantes. Como já se mencionou, a vigilância sanitária representa uma área estratégica de atuação do Estado pelas suas implicações para a saúde da população, e configura um campo importante da política de saúde, que deve ser estruturado e desenvolvido em conformidade com as demais diretrizes da política nacional, considerando as necessidades sociais e do sistema de saúde. A trajetória prévia da política de vigilância sanitária, isolada das demais políticas de saúde, alerta para o risco de que essa situação persista, ainda mais considerando as características da ANVISA de maior autonomia administrativa e relativo insulamento em relação ao governo e a separação inclusive física das estruturas federais³⁹⁶. De fato, após a criação da agência, há evidências de que persiste esse distanciamento e que isso não é equacionado pelo desenho de uma política abrangente para a área de vigilância sanitária, com um papel claro da ANVISA dentro de uma estratégia mais ampla. Embora importante, a criação de uma nova estrutura administrativa não parece suficiente para transformar a realidade da área e a orientação para programas estratégicos pontuais, apesar de relevantes – como o de

³⁹⁵ Sobre a diversidade no desenvolvimento de atribuições de vigilância sanitária entre estados e municípios, ver respectivamente os estudos de Lucchese (2001) e Silva et. al (2000).

³⁹⁶ A ANVISA se situa em um prédio em Brasília relativamente distante da Esplanada dos Ministérios.

genéricos, que se destaca no período do estudo – não configura uma integração efetiva com o conjunto das políticas de saúde.

Ressalte-se ainda que a própria ampliação do escopo de atuação da vigilância sanitária – como o desenvolvimento da área referente à vigilância da qualidade dos serviços de saúde – aumenta as interfaces e sobreposições com outras áreas de atuação do Ministério, como a assistência à saúde.

Além disso, uma atuação do Estado efetiva e soberana na regulação sanitária requer ações mais coordenadas entre as políticas públicas por dois motivos principais. Em primeiro lugar, porque a responsabilidade pelo controle de riscos à saúde está dividida entre várias áreas de atuação estatal³⁹⁷. Em segundo lugar, porque o campo de regulação sanitária guarda imbricada relação com outras políticas públicas estratégicas, como pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico, política industrial, proteção ambiental, entre outras, e tem repercussões sobre atividades econômicas relevantes para o país, apresentando, portanto, um potencial de dinamização de outras políticas. Tal complexidade assinala a importância da definição do papel do Estado no âmbito nacional nessa área, acoplada a um projeto de desenvolvimento integrador dos objetivos sociais e econômicos. O Ministério da Saúde deveria ter um papel de formulador e de articulador com outros ministérios nesse sentido, o que não parece ter se concretizado durante o período deste estudo. Acrescente-se ainda a importância da atuação do gestor nacional nas negociações e acordos referentes às regulamentações internacionais, que necessariamente envolvem mais de um ministério.

Um segundo grupo de questões, relacionado ao primeiro, diz respeito à constituição efetiva de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SINAVISA), com a clareza de papéis e coordenação entre os agentes envolvidos nas três esferas de governo e configuração de um modelo de descentralização adequado à área. Apesar da construção da agência ter sido cogitada durante quase quatro anos – de 1994 a 1998 - e da sua lei de criação da Agência ter instituído o SINAVISA, Lucchese (2001) aponta que na realidade não teria havido uma discussão substantiva sobre o papel dos diversos componentes do sistema e das estratégias de coordenação necessárias, e que a agência teria se conformado sem uma clareza sobre a configuração do sistema que ela iria coordenar, questionando

³⁹⁷ Segundo Lucchese (2001), no Brasil, vislumbram-se ao menos cinco outras áreas da Administração que têm responsabilidades relacionadas ao controle de riscos para a saúde e devem ter pontos de articulação com o sistema de vigilância sanitária: (a) Agricultura; (b) Meio Ambiente (IBAMA); (c) Indústria e Comércio (Instituto Nacional de Metrologia e Qualidade Industrial); (d) Trabalho; (e) Nuclear.

mesmo a existência efetiva de um sistema integrado, tendo em vista a fragilidade dos laços entre as suas partes.

O autor critica ainda a concepção proposta para a descentralização desde a LOS, calcada no foco da exclusividade da execução pelos municípios, seguindo a lógica preconizada para a assistência à saúde, sem envolver um debate substantivo sobre as necessidades e especificidades de atuação do Estado na área. Essa observação do autor é coerente com a preocupação levantada em vários pontos do presente trabalho, com a implementação de políticas de descentralização descolada de uma reflexão mais substantiva sobre o papel positivo para o Estado na esfera federal.

Ademais, como no tocante aos outros campos da política de saúde, o processo de descentralização também na vigilância sanitária evidencia a heterogeneidade estrutural e as diferenças nas capacidades institucionais de estados e municípios para o exercício das atribuições nessa área, sugerindo a necessidade de modelos diferenciados para a organização da área em cada esfera e lógicas distintas de relacionamento, articulação e apoio entre esferas de governo. Para Lucchese (2001), os mecanismos de coordenação especificamente desenhados para a área também ainda seriam insuficientes. Pode-se pensar, por outro lado, que as comissões intergestores seriam um espaço propício a essa articulação. No entanto, a análise dos sumários executivos da CIT realizada no âmbito da presente pesquisa não evidencia um destaque para o debate da política de vigilância sanitária, sugerindo que esse não tem sido um tema priorizado por essa instância, embora ainda não haja estudos que permitam saber se isso ocorre de forma diferente no âmbito das CIBs.

Um terceiro grupo de questões se refere às relações da ANVISA com os segmentos e agentes de mercado por ela regulados e com a sociedade, de forma a assegurar que a ação da agência seja orientada pelo interesse público. Se a constituição de agências reguladoras têm o sentido de aumentar a capacidade de ação do Estado, estando por vezes associada à idéia de maior credibilidade ou governança (Melo, 2001), a questão de sua maior autonomia ou a idéia de relativo insulamento também traz desafios relacionados às influências e ao direcionamento de sua atuação. Ainda que a formação de corpos técnicos sólidos, consistentes e estáveis possa em certa medida favorecer uma atuação mais contínua e orientada pelo interesse público – o que poderia também ser sugerido em relação à burocracia atuante na administração direta – não há garantias de que a forma administrativa de agência reguladora *per se* seja menos susceptível à captura por interesses corporativos ou privados, ainda mais em áreas permeadas por fortes interesses econômicos.

Decorre disso a preocupação de vários autores com a inserção transparente da Agência na política mais geral para a área e com o desenvolvimento de estratégias eficazes de controle social sobre a agência³⁹⁸.

Desenvolvimento, produção e regulação de insumos para a saúde

A realização de atribuições nos campos de atenção à saúde supra-citados – assistência à saúde, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária – para atendimento das necessidades de saúde da população requer a mobilização de uma grande variedade de insumos relevantes para a saúde e sua disponibilização em quantidade suficiente, com qualidade adequada, em tempo oportuno e de forma equitativa em todo o território nacional e para toda a população.

Esses insumos variam desde inseticidas para o combate a vetores de transmissão de agentes infecciosos até recursos diagnósticos e terapêuticos sofisticados para o atendimento de neoplasias e doenças cardiovasculares, por exemplo, configurando um amplo espectro de produtos relacionados a diferentes cadeias produtivas da economia (medicamentos, vacinas, reagentes, equipamentos diagnósticos e terapêuticos, entre outros).

Como já foi mencionado, o setor saúde envolve fortes segmentos econômicos e diferentes tipos de mercado, cuja lógica de funcionamento se pauta por interesses muitas vezes diversos daqueles relacionados à garantia do direito à saúde e melhoria das condições de saúde da população. Decorre daí a importância da atuação do Estado na promoção do desenvolvimento e da regulação dos vários segmentos de mercado envolvidos com a produção de insumos relevantes para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Pode-se pensar que, na realidade, o conjunto de atribuições destinadas à garantia dos insumos relevantes para a atenção à saúde envolve não apenas um, mas vários campos de atuação do Estado, a saber: o desenvolvimento científico e tecnológico; a política de desenvolvimento, indústria e comércio; o setor produtivo estatal; entre outros. Cada um desses campos envolve conhecimentos e trajetórias específicas e poderia ser tratado separadamente. Além disso, é óbvio que a garantia desses insumos para a saúde requer a mobilização de vários setores de governo e não apenas da autoridade sanitária.

³⁹⁸ Essa questão é enfatizada, entre outros, por Costa (2004) e Lucchese (2001).

No entanto, a participação da autoridade sanitária na definição de políticas que digam respeito ao desenvolvimento, produção e oferta de insumos para a saúde, em articulação com outras áreas de governo, é fundamental para que tais políticas estejam orientadas para o atendimento às necessidades de saúde, das quais o Ministério da Saúde deve ser o defensor no âmbito do Governo Federal.

Considerando que o objeto desta pesquisa é o papel do Ministério da Saúde, importa aqui discutir como se dá a participação dessa autoridade sanitária na definição das políticas relacionadas à provisão de insumos necessários ao atendimento das necessidades de saúde da população no período de 1990 a 2002. Nesse sentido, na ótica do Ministério da Saúde, esse pode ser considerado para efeitos práticos como um único campo de atuação, que compreende o conjunto de atividades desenvolvidas pelo Ministério ou com a sua participação, relacionadas à pesquisa e desenvolvimento, produção (fomento à indústria nacional ou produção direta), e regulação de mercados de insumos relevantes para a saúde, voltados para os objetivos do sistema de saúde, de forma ora isolada, ora articulada com outras áreas de governo.

As questões que permeiam a discussão neste item são: em que áreas e como se dá a atuação do Ministério da Saúde nesse âmbito? Quais são as principais mudanças observadas entre 1990 e 2002? Como se dá a articulação com outras áreas de governo? E quais são as principais lacunas de atuação do Ministério da Saúde nesse sentido no período do estudo?

Gadelha (2003), ao discutir o papel do Estado no complexo da saúde em uma perspectiva integradora das dimensões sanitária e econômica, identifica pelo menos duas formas principais de atuação: (a) como promotor do desenvolvimento/produção de insumos para a saúde; (b) como regulador de mercados.

A atuação do Ministério da Saúde nessas duas vertentes apresenta mudanças entre 1990 e 2002, relacionadas tanto a transformações no âmbito da política de saúde, como aos efeitos da reforma liberal do Estado brasileiro que afetam substancialmente outras políticas públicas, incluindo a política industrial para o setor saúde.

Para analisar a atuação do Ministério da Saúde nesse campo no período do estudo, é importante considerar questões relativas às características gerais dos mercados de insumos relevantes para a saúde e da política industrial e comercial no Brasil nos anos 90 para essa área. Como destaca Gadelha (2002) e diversos artigos reunidos em Negri e Di Giovanni (2001), a maior parte dos segmentos industriais relevantes para a saúde é fortemente internacionalizada e dominada por poucas empresas, embora existam diferenças entre os

segmentos. A combinação nos anos 90 de abertura da economia brasileira e ausência de uma política industrial vigorosa e integrada teria levado a um aumento expressivo nas importações de vários tipos de insumos relevantes para a saúde – fármacos, equipamentos, hemoderivados – com aumento do déficit comercial, da dependência externa e da vulnerabilidade social do país (Gadelha, 2002 e 2003). Associa-se a isso ainda um baixo investimento em pesquisa e desenvolvimento, o que limita as possibilidades nacionais de inovação tecnológica, que representa o motor fundamental de vários segmentos da indústria.

Essas tendências resultam de decisões de sucessivos governos tomadas em outros ministérios e levam a um quadro adverso e contraditório com a tendência expansiva da política pública de saúde nos anos 90. A limitada participação do Ministério da Saúde nas decisões sobre essas políticas na maior parte da década pode ter relação com a baixa prioridade da política de saúde nas agendas dos governos; com a fragmentação de políticas na esfera federal e limitações na integração entre os ministérios; com a baixa governabilidade do Ministério da Saúde sobre questões da esfera econômica; com o equívoco das autoridades do Ministério da Saúde em apostar em um relativo “insulamento” da política de saúde face ao contexto adverso da reforma do Estado nos anos 90.

A importância econômica do setor e o caráter crítico da provisão de tecnologias e insumos para o sistema de saúde são em alguma medida reconhecidos pelos dirigentes de várias gestões ministeriais³⁹⁹. Apesar das restrições, pode-se dizer que a atuação do Ministério da Saúde nesse campo ocorre em alguma medida e tem importância para o desenvolvimento e regulação dos segmentos econômicos relevantes para a saúde, de diferentes maneiras.

A atuação da autoridade sanitária nacional mais tradicional e óbvia pelo lado da promoção do desenvolvimento dos setores produtores de insumos para a saúde diz respeito à geração da demanda por produtos em função da condução e da implantação da política de saúde. Entretanto, as transformações na política de saúde fazem com que isso se dê de forma diferente ao longo do tempo.

³⁹⁹ Tais questões foram abordadas por vários entrevistados, geralmente somente após perguntas explícitas (sobre a política industrial, disponibilidade de insumos, entre outros). Ressalte-se no entanto que a entrada de economistas no primeiro escalão do Ministério nos anos de 1997 e 1998 favorece o início do Projeto Economia da Saúde. O projeto resulta na publicação do livro *Radiografia da Saúde* (Negri e Di Giovanni, 2001), que traz um diagnóstico sobre vários segmentos de mercado na área da saúde, sinalizando uma preocupação do Ministério com a temática.

Conforme já foi mencionado, antes da implantação do SUS, o papel do gestor federal da saúde era importante como prestador e consumidor direto de insumos e como comprador de serviços de saúde (por meio do INAMPS) ou de insumos para abastecimento da rede pública (por exemplo, de medicamentos por meio da Central de Medicamentos-CEME; de vacinas em função do Programa Nacional de Imunizações-PNI), capazes de gerar demandas mais diretamente para o setor produtivo.

No que diz respeito aos medicamentos, o poder de compra da CEME é em alguns momentos identificado como estratégico para o estímulo à produção nacional de medicamentos, principalmente pelos laboratórios públicos, mas também pelas indústrias privadas nacionais, particularmente até o início dos anos 90, quando ainda havia proteção ao mercado interno e o Brasil não reconhecia as patentes na área farmacêutica⁴⁰⁰. Acoplado a isso, o poder de compra federal também seria importante para possibilitar a aquisição de medicamentos a preços mais baixos do que os de fábrica⁴⁰¹.

Na área de vacinas, além da importância do Programa Nacional de Imunizações na geração de demandas, cabe mencionar o Programa Nacional de Auto-suficiência em Imunobiológicos (PASNI) iniciado em 1986, com o objetivo de investir em produtores nacionais visando a melhora da qualidade e a auto-suficiência na produção de vacinas (Temporão, 2002)⁴⁰². A partir de meados da década de 80, segundo o autor, a produção de imunobiológicos passa a se projetar como área de atuação do Estado e o Ministério da Saúde se destaca tanto na organização e condução do PASNI quanto na posição de principal cliente dos produtores nacionais, o que representa um estímulo importante à conformação de uma parque industrial nacional na área de vacinas.

No entanto, a atuação do INAMPS e do Ministério da Saúde por meio da prestação direta de serviços, da compra de serviços e insumos e de políticas específicas como o PASNI, embora importante, não necessariamente assegurava a existência de uma política global de desenvolvimento e produção nacional de insumos adequada às necessidades de

⁴⁰⁰ Ver a propósito, Bermudez (1992 e 1995). O poder de compra da CEME é valorizado pelo Ministro Alcení Guerra em entrevista à Revista Saúde em Debate/CEBES nº 29 de junho de 1990 e também em entrevista à pesquisadora em 16 de julho de 2004, embora o Ministro tenha reconhecido limitações políticas, legais e administrativas em direcionar o poder de compra da CEME, por exemplo, para o privilegiamento dos laboratórios oficiais. Bermudez (1992) também sinaliza o esmorecimento das relações entre a CEME e laboratórios oficiais desde o final dos anos 80, levando a uma redução da participação destes no total de compras da central no período.

⁴⁰¹ Bermudez (1997, p. 74) apresenta dados de 1994 que sinalizam nesse sentido.

⁴⁰² Segundo Temporão (2002), o PASNI é implantado em um contexto de fortes barreiras às importações, em que a produção nacional era insuficiente para atender a demanda e tinha problemas de qualidade.

saúde. Isso era dificultado pelas distorções no modelo assistencial hegemônico e a fragmentação na condução das políticas no âmbito setorial e entre setores de governo.

Ao longo dos anos 90, se por um lado ocorre a unificação da condução da política nacional de saúde sob o novo Ministério da Saúde, por outro lado os processos de descentralização e de extinção de estruturas centralizadas federais leva à redução da atuação do gestor federal como prestador e como comprador direto de insumos.

Com a progressiva descentralização de recursos referentes às áreas de atenção – ainda que com ritmos e intensidades diferentes entre áreas – a compra de insumos pelo setor público passa a ser mais pulverizada no país. A repercussão da atuação do Ministério na demanda por insumos passa a se dar de forma mais indireta, por meio da normalização de políticas e práticas nos âmbitos da assistência à saúde, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, que incidem muitas vezes sobre os estados e municípios, representando ao mesmo tempo, estratégias de regulação sobre os sistemas estaduais e municipais de saúde e de promoção/ regulação de mercados de insumos para a saúde por meio da geração (ou não) de demandas⁴⁰³.

No que diz respeito aos laboratórios públicos ou oficiais produtores de medicamentos⁴⁰⁴, a extinção da CEME e o início da descentralização de recursos de assistência farmacêutica levam a alterações na relação entre o Ministério da Saúde e os laboratórios. A Política Nacional de Medicamentos proposta em 1998 enfatiza seu direcionamento para o atendimento das necessidades de medicamentos essenciais no âmbito estadual e municipal, havendo ainda menção à necessidade de capacitar esses laboratórios para a fabricação de produtos de interesse da saúde pública⁴⁰⁵. Schenkel et.al (2004) sugerem uma certa piora da situação desses laboratórios após a extinção da CEME – que, mesmo com problemas, garantia a compra de sua produção para abastecimento nacional – e advertem para a situação precária da maior parte desses laboratórios em

⁴⁰³ Por exemplo, a indução da organização de um sistema nacional de transplantes por meio de normas e incentivos financeiros tem um potencial de gerar demanda por medicamentos e equipamentos utilizados nessa área. Ou a padronização de um determinado tipo de inseticida para combate ao mosquito da dengue gera maior demanda por esse produto.

⁴⁰⁴ Além de um laboratório vinculado ao Ministério da Saúde – FARMANGUINHOS, unidade da FIOCRUZ – existem no país laboratórios ligados aos ministérios da área militar, a universidades federais e a cerca de dez governos estaduais.

⁴⁰⁵ Essa questão é explicitamente abordada em pelo menos dois importantes documentos do Ministério da Saúde sobre o tema (Ministério da Saúde, 2001 e 2002). O segundo documento aponta que o Ministério teria iniciado um projeto de investimentos nos laboratórios oficiais em 2001.

termos de capacidade de produção (com exceção de Farmanguinhos/FIOCRUZ e da Fundação Remédio Popular de São Paulo - FURP)⁴⁰⁶.

Já em relação aos imunobiológicos, Temporão (2002) assinala que o PASNI sobrevive como política nacional aos governos Collor e à reforma administrativa do MARE do período 1995-1996, tendo sido responsável por investimentos relevantes para a ampliação da capacidade de produção nacional até 1998⁴⁰⁷. Dados apresentados pelo autor apontam que a proporção da produção nacional em relação à demanda do PNI passa de 47% em 1986 para 63% em 2000⁴⁰⁸. Isso não elimina a dependência do Brasil em relação à importação de alguns tipos de vacinas, nem tampouco a situação de dependência tecnológica, representada pela importação de princípios ativos mesmo em situações em que os produtores nacionais dominam as etapas finais do processo de fabricação.

Ainda segundo Temporão (2002), a partir de 1998 ocorrem mudanças importantes na política federal relativa aos imunobiológicos. O PASNI deixa de funcionar como política de Estado e ocorre uma mudança na estratégia de compras de vacinas do Ministério da Saúde, que passa a privilegiar os preços mais baixos praticados internacionalmente nas aquisições por meio do fundo rotatório da OPAS⁴⁰⁹. Para o autor, a gestão Serra não teria aplicado no caso das vacinas a mesma estratégia adotada no caso dos medicamentos, de fortalecer a produção nacional com o objetivo de reduzir a dependência externa e favorecer as negociações de preços com as indústrias multinacionais.

Quanto à produção direta de insumos pelo Ministério da Saúde, esta se dá principalmente por meio da Fundação Oswaldo Cruz, entidade vinculada ao Ministério. Essa produção governamental tem caráter estratégico, particularmente no que diz respeito aos medicamentos, por meio de Farmanguinhos e às vacinas, por meio de Biomanguinhos. Além do suprimento das necessidades do sistema público de saúde, a importância do investimento na produção governamental de insumos para a saúde se fundamenta no propósito de reduzir a dependência externa – o que depende da articulação com políticas de

⁴⁰⁶ A análise do papel e características de atuação dos laboratórios oficiais no país requer um estudo mais aprofundado. Uma pesquisa nesse sentido vem sendo conduzida no âmbito do projeto Inovação em Saúde na Fundação Oswaldo Cruz, sob coordenação de José Carneiro.

⁴⁰⁷ Segundo o autor, de 1985 a 1998, o total de investimentos federais em imunobiológicos é de US\$ 158 milhões e os principais produtores que recebem tais recursos são Biomanguinhos/FIOCRUZ (42% dos recursos), Instituto Butantã – SP (22%) e Instituto Tecnológico do Paraná – TECPAR (10%).

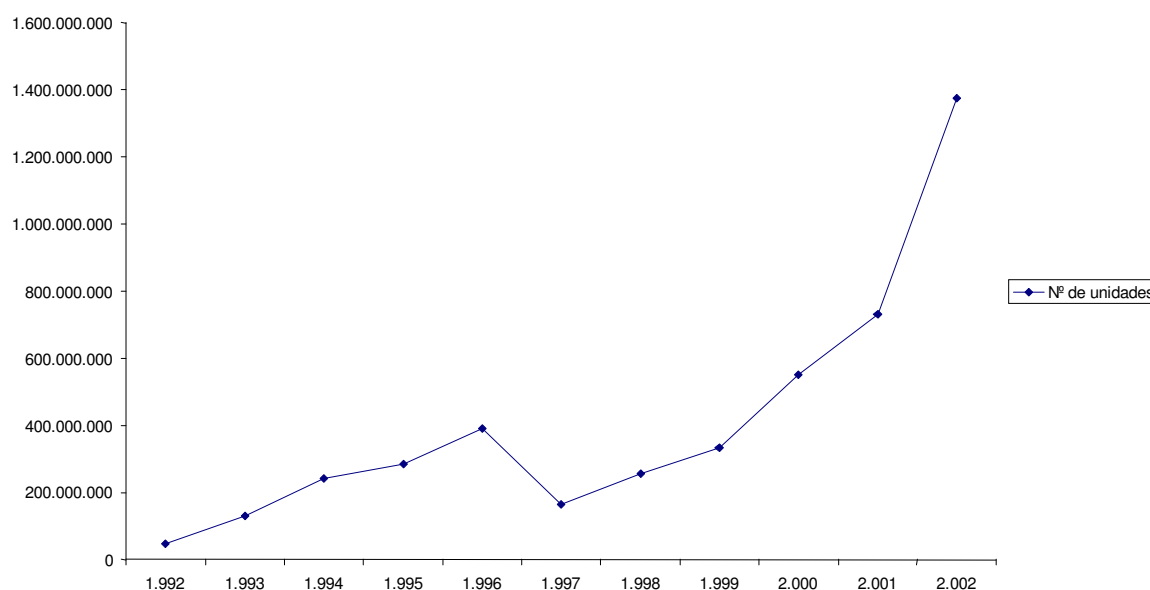
⁴⁰⁸ No entanto, esse aumento não é linear.: em 1990, a produção nacional corresponde a 41% da demanda do PNI; e em 1995, a apenas 36% (Temporão, 2002).

⁴⁰⁹ Em entrevista à pesquisadora, Antônio Werneck, Secretário de Assistência à Saúde no período de janeiro de 1997 a março de 1998 assinala que a decisão de comprar vacinas por meio do fundo rotatório da OPAS teria sido tomada ainda na gestão Albuquerque e que teria propiciado uma redução no preço das vacinas.

desenvolvimento científico e tecnológico - e ainda no aumento da capacidade governamental de regulação de preços de mercado.

A figura abaixo ilustra a evolução da produção de medicamentos pelo laboratório federal Farmanguinhos, unidade da Fundação Oswaldo Cruz, no período de 1992 a 2002.

Figura 6.5- Evolução da produção de medicamentos de Farmanguinhos/FIOCRUZ em nº de unidades produzidas de 1992 a 2002.



Fonte: Dados da Coordenação de Monitoramento, Avaliação e Controle/ Diretoria de PlanejamentoEstratégico/ FIOCRUZ. Elaboração própria.

A produção de medicamentos por Farmanguinhos, assim como de outros laboratórios públicos, em geral se volta para os programas estratégicos do Ministério da Saúde⁴¹⁰. Apesar de não ter sido realizada uma análise detalhada dessa produção por tipo de medicamentos, vale assinalar o aumento da produção dos anti-retrovirais entre 1998 e 2002⁴¹¹. A capacidade de produção nacional desses medicamentos é utilizada no período como um importante instrumento na negociação de preços com as empresas multinacionais detentoras de patentes.

⁴¹⁰ Sobre a importância da produção governamental de medicamentos para o atendimento das necessidades do SUS, ver Bermudez (1997) e Pinheiro (1997).

⁴¹¹ Esse aumento foi de mais de 300% entre 1998 e 2001 em quantidades absolutas, representando um aumento da participação dos anti-retrovirais na produção total de Farmanguinhos de 10,2% em 1998 para 17,4% em 2001. No ano de 2002, houve uma redução na produção de ARV e de sua participação no total de unidades de medicamentos produzidas em relação a 2001.

Sobre a produção de vacinas, Temporão (2002) aponta Biomanguinhos/FIOCRUZ como o principal produtor do país no ano de 2000, tendo sido responsável por 42% das doses e 52% do valor total da produção nacional.

Ressalte-se a produção de novas vacinas que foram incorporadas ao calendário oficial, como a vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) a partir de 1999 e a tetravalente (DPT+ Hib) a partir de 2001. Isso é importante porque o segmento de vacinas talvez seja o único entre os de insumos para a saúde em que a produção nacional parece não ter sofrido uma perda relativa em termos de perfil tecnológico no período do estudo, conforme sugere Gadelha (2002). No entanto, em face das limitações do país no âmbito da pesquisa, desenvolvimento e inovação tecnológica para acompanhar o ritmo de mudanças na indústria internacional, a possibilidade de fabricação nacional de vacinas “modernas” tem dependido da importação de princípios ativos e de acordos de transferência de tecnologias com empresas multinacionais, que também podem apresentar riscos (Temporão, 2002).

Além das mudanças observadas no papel do Ministério da Saúde no que tange à lógica de planejamento, compra e produção direta de insumos, uma mudança expressiva na atuação do Ministério nesse campo no período estudado se dá no que diz respeito à regulação de mercados de insumos. Isso é mais evidente após 1998, no que concerne às estratégias orientadas para a redução de preços de medicamentos.

Destacam-se nesse sentido a política de medicamentos genéricos, as negociações com a área econômica para a redução de impostos sobre alguns medicamentos e as negociações com a indústria farmacêutica para a redução de preços de medicamentos para a AIDS sob a proteção de patentes. A adoção de tais estratégias pelo Ministério da Saúde parece expressar uma tentativa de atenuar os efeitos das mudanças do contexto brasileiro referente à indústria e do mercado farmacêutico nos anos 90 - abertura da economia, crescimento das importações, desregulamentação de preços de medicamentos e a nova legislação de propriedade intelectual⁴¹² – sobre os preços dos medicamentos no Brasil. No entanto, resta discutir se elas seriam capazes de conter as pressões para aumento de preços nesse contexto adverso e se efetivamente contribuem para um aumento do acesso da maior

⁴¹² Segundo publicação oficial (Brasil, Ministério da Saúde, 2002), em agosto de 1990 a suspensão do controle de preços de medicamentos teria levado a aumentos abusivos, havendo novo congelamento e reajustes negociados até 1992, quando os preços teriam sido liberados. A partir do início do Plano Real em 1994 teria ocorrido um entendimento informal com a indústria até 1996, quando houve nova liberação, justamente no ano em que a lei de propriedade intelectual é aprovada, sendo que os dois fatores contribuem para uma tendência de expressivo aumento de preços nos anos subsequentes.

parte da população aos medicamentos, por meio da distribuição governamental ou das compras privadas.

A partir de 1998, a política de genéricos⁴¹³ é apontada pelos documentos oficiais e pelos dirigentes entrevistados no âmbito da pesquisa como estratégia de redução de preços e de fomento à indústria nacional privada. Sutton (2004) identifica que a introdução dos genéricos a partir de 1999 teria levado a um aumento da produção nacional, da competição, e a uma redução nos preços de vários medicamentos, inclusive alguns de marca e/ou para os quais não existem genéricos, sugerindo mudanças no mercado farmacêutico brasileiro. Por outro lado, a autora adverte que os genéricos ainda representam uma parcela pequena das vendas totais de medicamentos (cerca de 5% do mercado em 2002) e mesmo das compras governamentais (somente cerca de 2% das compras de licitações em alguns estados brasileiros nos anos 2002 e 2003, analisadas pela autora).

Assim, os efeitos dessa política ainda parecem limitados para reverter dois tipos de distorções. O primeiro é a tendência que já vinha ocorrendo há anos de queda na quantidade global de unidades de medicamentos vendidas no país, associada a aumento do faturamento global da indústria, sugerindo portanto aumento nos preços, se considerado todo o conjunto de vendas do mercado. O segundo se relaciona às dificuldades de acesso da maior parte da população aos medicamentos necessários a sua saúde. Para a autora, a política de genéricos beneficia principalmente uma pequena parcela da população que tem recursos para adquirir medicamentos, mas tem um efeito limitado sobre o acesso da população de menor renda, que depende da distribuição governamental gratuita de medicamentos na rede pública de serviços (Sutton, 2004). O benefício para essa população poderia se dar indiretamente se a política de genéricos viesse a ter repercussão sobre os preços das compras governamentais, o que por enquanto tem sido limitado, segundo o estudo da autora.

⁴¹³ A Lei nº 9787 de 1999 define *medicamento genérico* como aquele similar a um produto de referência ou inovador, que pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada sua eficácia, segurança e qualidade. A aprovação dessa Lei representa um dos exemplos citados por Baptista (2003) de ação do Legislativo em resposta a prioridades estabelecidas no Executivo da saúde. Entretanto, as raízes da política de genéricos são anteriores a esta lei, sendo que durante a gestão Jamil Haddad, o decreto nº 793 de 1993 já estipulava a obrigatoriedade de destacar nas embalagens dos medicamentos o nome da substância ativa em tamanho pelo menos três vezes maior do que o nome da marca ou comercial. Não havia entretanto a exigência de realização de tese de bioequivalência e a normatização da regulação pela ANVISA estabelecidos pela lei de 1999. A denominação de medicamento similar já existia antes mesmo do reconhecimento de patentes pelo Brasil em 1996, e ainda hoje é utilizada para designar aquele medicamento que contém (o)s mesmo(s) princípios ativos e outras características equivalentes as do medicamento registrado pela vigilância sanitária, porém sem ter passado pelos testes de bioequivalência exigidos para o registro dos genéricos. A propósito, consultar a Lei nº 9787/99; Brasil, Ministério da Saúde (2002) e Sutton (2004).

No que diz respeito à política de genéricos como estratégia de incentivo à indústria nacional – uma questão enfatizada por vários dirigentes do período entrevistados – Gadelha (2002) sugere um potencial importante, visto que parcela expressiva dos medicamentos essenciais comercializados no Brasil não está sob proteção de patentes e portanto podem ser produzidos nacionalmente. Para isso, essa política não deve ser tratada como um programa isolado do Ministério da Saúde, mas sim estar inserida em uma estratégia mais ampla para a indústria nacional, subordinada às diretrizes para a assistência farmacêutica pública.

O mesmo pode ser dito quanto às estratégias de acompanhamento de preços e de redução de impostos sobre alguns tipos de medicamentos adotadas principalmente a partir de 2000⁴¹⁴. Ainda que totalmente defensável e adotada em outros países, a ampliação do efeito da redução de impostos sobre medicamentos para o conjunto da população depende de outras medidas governamentais estruturais relativas à indústria nacional e da adoção de políticas públicas de assistência farmacêutica abrangentes e universais.

No que diz respeito à questão da propriedade intelectual na área de medicamentos, em que o Ministério da Saúde teve uma atuação importante no período 2000-2002 por meio de negociações referentes aos medicamentos anti-retrovirais para AIDS e da participação no debate internacional sobre a flexibilização do Acordo TRIPS, é importante avançar no aperfeiçoamento da legislação nacional para que ela contemple todas as flexibilidades previstas no Acordo e adotá-las efetivamente sempre que necessário para a garantia do acesso de toda a população brasileira aos medicamentos necessários para o tratamento dos diferentes problemas de saúde.

Em síntese, o acesso universal, gratuito e equânime da população aos medicamentos necessários para sua saúde, depende da articulação entre políticas adequadas de pesquisa e desenvolvimento, fomento à indústria nacional e aos laboratórios públicos, e assistência farmacêutica pública, indo muito além das estratégias de redução de preços.

Se a atuação do Ministério da Saúde apresenta alguma importância na área de medicamentos (como comprador, indutor de demandas para a indústria, produtor direto ou

⁴¹⁴ Entre 2000 e 2001, a edição de uma medida provisória e a posterior aprovação da Lei 10213/ 2001 levam à instituição de uma Fórmula Paramétrica para Reajuste de Preço de Medicamentos e da Câmara de Medicamentos, voltada para o acompanhamento dos preços desses insumos. Outra estratégia para a contenção de preços foi a desoneração tributária de PIS/COFINS adotada em 2001 para medicamentos de uso continuado e antibióticos e estendida em 2002 para os medicamentos excepcionais (Brasil, Ministério da Saúde, 2002).

regulador de preços), de vacinas e reagentes (como comprador e produtor direto), ainda que com limitações face às políticas governamentais adversas, o mesmo não se pode dizer da área de equipamentos médicos. Esse segmento de mercado, que na verdade envolve produtos de tipos e complexidade bastante variáveis, também é altamente internacionalizado e dominado por multinacionais⁴¹⁵, tendo apresentado um aumento explosivo das importações e déficit comercial nos anos 90. O próprio Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), ligado ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio, apresenta linhas de crédito de apoio à compra de equipamentos por serviços de saúde privados e filantrópicos, não aplicáveis aos serviços públicos, que aparentemente não estão inseridas em uma política ampla para o segmento e tampouco articuladas com a política pública de saúde⁴¹⁶.

Por fim, cabe mencionar uma importante lacuna da atuação do Ministério da Saúde nesse campo, que é a inexistência de uma política articulada de regulação da incorporação tecnológica e do uso de tecnologias em saúde no Brasil. Essa questão foi apontada por vários entrevistados na presente pesquisa – dirigentes federais, gestores de outras esferas e representante do setor filantrópico no Conselho Nacional de Saúde - e é amplamente reconhecida na área, tendo importantes implicações para os custos do sistema de saúde, a qualidade dos serviços prestados e mesmo para a equidade no acesso. Ao invés da implantação de mecanismos de *managed care* – adotadas em reformas em outros países, recomendadas por agências internacionais e a princípio pouco adequadas à realidade brasileira – a regulação da incorporação tecnológica no Brasil deveria ser desenvolvida à luz de estudos sobre a eficácia e efetividade das diferentes tecnologias, considerando as necessidades sociais de saúde e prioridades do sistema, de forma a reduzir a susceptibilidade dos serviços de saúde às pressões de indústrias transnacionais. Isso pode ser potencializado por meio da articulação com políticas de incentivo à pesquisa - inclusive pesquisa clínica – e desenvolvimento tecnológico e de formação de recursos humanos em saúde, bem como pela regulação da propaganda de produtos de relevância para a saúde, entre outras estratégias.

⁴¹⁵ Sobre as características desses segmentos, ver os textos reunidos em Negri e Di Giovanni (2001).

⁴¹⁶ As linhas de crédito do BNDES para compras de equipamentos são referidas por Gadelha (2002), por Ocké-Reis et al (2001) e mencionadas em entrevista concedida por Geraldo Biasoto à pesquisadora em 31 de agosto de 2004, que enfatizou suas limitações e distanciamento da política de saúde. Essa discussão requer estudos específicos mais aprofundados, fugindo ao escopo deste trabalho.

No que diz respeito ao uso de tecnologias, além das estratégias de regulação sanitária, é importante investir também na formação dos profissionais de saúde e na formulação, divulgação e incorporação de protocolos assistenciais pelos serviços de saúde. Essas são áreas de atuação do Estado na saúde ainda pouco exploradas, nas quais o Ministério da Saúde deveria desempenhar um papel fundamental, em parceria com universidades, centros de pesquisa e formação e associações de profissionais de saúde, uma vez que os gestores estaduais e municipais teriam maiores dificuldades em desenvolver políticas nesse âmbito.

Formação e gestão de profissionais para o SUS

A conformação de um sistema público e universal de saúde como o SUS requer o envolvimento de um grande contingente de profissionais qualificados. Não é por acaso que a LOS prevê como uma das atribuições incluídas no “campo de atuação do SUS” a “ordenação da formação de recursos humanos para o SUS”, denotando uma preocupação com a disponibilidade de profissionais de saúde com perfil adequado para o novo sistema e modelo de atenção.

No entanto, esse é um campo em que se evidenciam marcantes tensões entre a agenda da reforma sanitária brasileira – expansiva em relação ao setor e aos gastos públicos - e as propostas hegemônicas de reforma do Estado nos anos 90 – de redução da máquina estatal, do funcionalismo e dos gastos sociais. Além disso, essa é uma área que sofre as influências de transformações mais gerais da economia e do mercado de trabalho, que apresenta peculiaridades no setor saúde.

A atuação do Estado no âmbito da formação e gestão de recursos humanos para a saúde envolve mais de uma área de governo. No que diz respeito à caracterização da atuação do Ministério da Saúde, para além da repercussão das políticas nacionais de atenção à saúde na criação de postos de trabalho e na geração de demandas por profissionais, pode-se pensar em pelo menos dois grandes âmbitos de ação: (a) *a participação na ordenação da formação dos profissionais*, visando um perfil de profissionais mais adequado ao atendimento das necessidades de saúde da população no âmbito do SUS; (b) *a gestão/ regulação do trabalho em saúde no SUS*, visando assegurar adequadas condições de trabalho para os profissionais e de funcionamento para os serviços de saúde.

A primeira vertente não representa um campo típico de atuação da Saúde, mas sim da área da Educação. A participação do gestor da saúde se justifica face à importância de

assegurar a formação de profissionais coerente com as necessidades do SUS⁴¹⁷. Nesse sentido, a atuação do Ministério da Saúde é estratégica, pois a questão da formação dos profissionais de saúde no país está sob a responsabilidade principal das universidades (no caso de profissionais de nível superior) e de escolas técnicas (para profissionais de nível médio), cuja regulamentação no âmbito do Executivo Nacional cabe ao Ministério da Educação. O processo de descentralização em saúde não diminui essa atribuição federal, uma vez que a maior parte dos gestores estaduais e municipais da saúde provavelmente tem pouca possibilidade de influência nos rumos da formação dos profissionais da área, reforçando o papel do Ministério da Saúde na articulação com o Ministério da Educação, as universidades, centros formadores e com outros atores relevantes, para o desenvolvimento de estratégias nesse sentido.

Pode-se dizer que a atuação do Ministério da Saúde no que concerne à ordenação da formação de recursos humanos para o SUS na maior parte do período estudado é bastante limitada. Na realidade, o Ministério da Saúde tradicionalmente já atuava na promoção e financiamento de cursos de capacitação de profissionais de saúde inseridos na rede pública para a atuação em programas ou áreas específicas (saúde da mulher e da criança, tuberculose, DST/AIDS)⁴¹⁸. Esse tipo de capacitação continua a ser predominante entre 1990 e 2002, crescendo a importância dos gestores estaduais e municipais na sua promoção e oferta, à medida que avança o processo de descentralização. Além da capacitação dos profissionais da atenção à saúde, a descentralização também gera um aumento de demanda por capacitações voltadas para os gestores e técnicos das secretarias estaduais e municipais, dirigidas para suas novas atribuições, mais gerais ou específicas.

Não há no período do estudo evidências de uma articulação mais abrangente e contínua entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para a adoção de uma política de mudança radical na formação básica dos profissionais de saúde (de nível técnico ou superior), ou nas especializações e residências na área da saúde, voltada para as necessidades do SUS⁴¹⁹.

⁴¹⁷ Nos anos 70 e 80, durante a construção da agenda de reforma sanitária brasileira, analistas do sistema de saúde hegemônico já apontavam a questão da formação dos profissionais como uma questão crítica para a mudança do modelo de atenção. Para um breve histórico desse debate anterior ao SUS, ver Gil et. al (2002).

⁴¹⁸ Para um breve histórico da atuação do Ministério da Saúde em programas de formação e capacitação, ver Gil et. al (2002) e Silva (2002). Cabe ressaltar ainda a importância da participação de agências internacionais em parcerias e apoio a esses projetos, particularmente da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS.

⁴¹⁹ Existem no país iniciativas de articulação academia-serviços de saúde, visando incentivar a mudança da formação articulada a do modelo de atenção, entre os quais os desenvolvidos no âmbito da Rede UNIDA, criada a partir da articulação dos projetos UNI, apoiados desde o início dos anos 90 pela Fundação Kellogg's (que no Brasil envolvem cinco universidades) com os projetos IDA (de integração docente-assistencial),

No entanto, o próprio processo de implementação do SUS coloca em evidência essa lacuna, freqüentemente apontada pelos gestores estaduais e municipais, além de bastante valorizada pelo Conselho Nacional de Saúde e nos debates nas conferências de saúde nas três esferas de governo. Isso se torna ainda mais claro quando o tema do modelo de atenção e particularmente a estratégia de Saúde da Família, ganham destaque na agenda do Ministério da Saúde a partir de meados dos anos 90. Não é por acaso que as iniciativas mais ousadas do Ministério da Saúde para a interferência nos processos de formação em saúde surgem no final da década, motivadas por essa estratégia (Santana, 2002; Souza e Sampaio, 2002). Destaque-se nesse sentido o início da estruturação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família (Pólos-PSF) em 1997.

Os Pólos-PSF envolvem a articulação de instituições voltadas para a formação e educação permanente em saúde vinculadas a universidades ou outras instituições de ensino, com secretarias estaduais e/ou municipais de saúde, visando implementar programas voltados para profissionais envolvidos com a prestação de serviços em Saúde da Família. A estruturação dos pólos se inicia em 1997 e no final de 2002 todas as Ufs já contavam com pólos, envolvendo mais de 90 instituições de ensino superior, cinco escolas estaduais de saúde pública, todas as SES e representantes de municípios em vários estados (Gil et al., 2002).

A maior parte das atividades dos Pólos-PSF entre 1998 e 2002 envolve a oferta de capacitações dos profissionais das equipes de SF, com grande destaque para a oferta de cursos introdutórios e de atualizações temáticas posteriores, que ainda assim apresentaram demanda reprimida no período⁴²⁰. Em 2000, o Ministério da Saúde lança uma convocatória para as instituições de ensino superior, visando o apoio à estruturação de cursos de especialização e de residência em Saúde da Família, favorecendo o aumento desses cursos nos anos seguintes e conseqüentemente, um aumento do debate sobre a atenção básica e o PSF no interior de várias instituições de ensino.

existentes desde meados dos anos 80. Em que pese a sua importância, esses projetos ainda não repercutiram de forma significativa sobre os grandes centros formadores na saúde e não contaram no período do estudo com apoio significativo do Ministério da Saúde. Ver a propósito, Feuerwerker e Almeida (2002), entre outros.

⁴²⁰ Ver a propósito dos Pólos-PSF os trabalhos de Gil et al (2002) e de Faria e Viana (2002). As últimas autoras apresentam os resultados de uma pesquisa sobre os pólos desenvolvida pelo Núcleo de Estudo de Políticas Públicas (NEPP/UNICAMP) que mostrou avanços interessantes na articulação entre instituições de ensino e secretarias/ serviços de saúde em alguns estados, embora haja diferenças importantes no grau de institucionalização dos pólos, e no nível de articulação interinstitucional observado.

No entanto, até o final do período do estudo os Pólos-PSF não lograram atingir substancialmente os currículos de graduação das faculdades, o que representa um dos principais nós para a reorientação da formação dos profissionais em consonância com as prioridades identificadas pelo sistema de saúde – no caso, bastante orientadas pelo modelo do PSF. Mudanças de maior envergadura nesse sentido possivelmente extrapolam o âmbito de ação dos Pólos isoladamente, necessitando de negociações e parceria mais intensa e contínua entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação na construção de políticas nesse sentido, envolvendo ainda a superação de resistências e articulação com vários outros atores, incluindo universidades, entidades médicas, instituições e autoridades formadoras de opinião na área.

Ciente dessa limitação, já em 2002 o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, cria um projeto de incentivo financeiro de apoio a escolas médicas que pretendam imprimir mudanças nos processos de formação na direção das necessidades do SUS, denominado Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas – PROMED. Inicialmente dirigido a 20 escolas médicas, o PROMED levanta a expectativa de acumular experiência para expansão posterior a outras escolas médicas e outros cursos da área da saúde (Gil et. al, 2002; Santana, 2002), embora ainda não seja possível saber em que medida esse projeto tem potencial de aprimorar as relações entre o Ministério da Saúde e o MEC e contribuir efetivamente para mudar as características da formação em saúde⁴²¹.

A possibilidade do Ministério da Saúde avançar na participação da formulação de diretrizes e na regulação de processos de formação de profissionais de saúde depende de sua força política no governo federal e da habilidade de negociação e articulação com outras áreas e instituições – a começar pelo Ministério da Educação-, bem como do aprimoramento de capacidade técnica de diálogo a respeito das bases para a reformulação curricular.

A existência de uma estratégia prioritária como o PSF, geradora de demandas e mudanças concretas no mercado de trabalho, pode ter representado um importante ponto de partida e catalisador nesse debate, mas talvez não seja suficiente para gerar e sustentar as mudanças estruturais necessárias. É certo que a expansão do PSF em muitas localidades do país pode ter tornado ainda mais evidentes distorções da formação dos profissionais de saúde – particularmente dos médicos –, há muito tempo identificadas. No entanto, o

⁴²¹ Ressalte-se que o fato deste projeto ter se iniciado apenas ao final do período deste estudo dificulta a sua análise. Além disso, a partir de 2003 há mudanças expressivas na atuação do Ministério da Saúde no campo da formação e desenvolvimento de recursos humanos, que não serão analisadas neste trabalho.

enfoque em um único modelo como norteador para a mudança na formação, e a contraposição entre *medicina especializada X medicina geral* ou *saúde da família*, podem limitar o debate e exacerbar resistências⁴²². Daí que, para ampliar as possibilidades de influência do Ministério da Saúde nas diretrizes de formação dos profissionais, além da articulação com o Ministério da Educação e outros atores, talvez seja importante o gestor federal da saúde conduzir esse debate em uma perspectiva mais abrangente⁴²³, admitindo diferentes modelos de atenção, desde que orientados pelas necessidades de saúde da população e pelos princípios do SUS, particularmente pela noção de integralidade da atenção.

No que diz respeito à formação dos profissionais de nível médio, cabe apontar como uma importante estratégia adotada pelo Ministério da Saúde no período do estudo⁴²⁴ o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), iniciado no ano 2000, com apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Orientada para o enfrentamento de antigo problema do sistema de saúde brasileiro - a deficiência de pessoal qualificado de nível técnico -, a implantação do PROFAE é favorecida pela intensificação do debate em torno do tema em meados da década, com pressões por parte dos gestores, conselheiros de saúde e entidades profissionais. Ressalte-se ainda a premência de regularizar a situação de um grande contingente de trabalhadores sem qualificação adequada atuantes nos serviços de saúde, face à nova regulamentação do exercício profissional de enfermagem (Silva, 2002, p. 394). Em que pese a sua orientação para um único grupo profissional, Santana (2002) destaca a importância do PROFAE pela sua pertinência e magnitude - o projeto parte do objetivo de formar em quatro anos cerca de 220 mil auxiliares de enfermagem -, ressaltando ainda a possibilidade de geração de subsídios para expansão da estratégia a outras categorias.

⁴²² A inadequação na formação dos médicos não diz respeito somente ao perfil esperado para o PSF, indo mesmo além do âmbito da atenção básica, com repercussões para outros espaços de atendimento ambulatorial e até mesmo hospitalar. Ressalte-se ainda que as coberturas de PSF em geral são baixas nas regiões metropolitanas, que concentram o maior número de grandes escolas médicas e de enfermagem do país, além de contarem com maior oferta de serviços privados e disponibilidade de tecnologias de ponta, variáveis que por vezes tensionam os modelos de estruturação da atenção básica com ênfase na adscrição de clientela.

⁴²³ A proposta de transformação dos Pólos-PSF em Pólos de Educação Permanente em Saúde a partir de 2003 parece se fundamentar nessa perspectiva de ampliar o objeto de intervenção, mas esse processo foge ao período de análise do presente trabalho.

⁴²⁴ Para um breve histórico das iniciativas de formação de nível médio em décadas anteriores, ver Silva (2002). A autora descreve o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), da década de 70 e o Projeto Larga Escala, dos anos 80, como estratégias precursoras do debate e das iniciativas de formação de profissionais de nível médio nos anos 90.

Em síntese, ao fim do período do estudo, é bastante reconhecida a importância do papel a ser desempenhado pelo Ministério da Saúde no direcionamento e na regulação da formação de profissionais para o SUS, bem como são evidentes as dificuldades e limitações nesse âmbito, particularmente no que tange à articulação entre a Saúde e a Educação em bases mais sólidas e abrangentes.

Já na segunda esfera mencionada, a da gestão dos profissionais e do trabalho em saúde, ocorrem no período do estudo mudanças substantivas nas exigências e na natureza das atribuições federais, influenciadas, por um lado, pelo processo de descentralização em saúde, e por outro, pelo conjunto de repercussões dos processos de reforma do Estado⁴²⁵ e de transformações nos mercados de trabalho sobre o setor saúde.

Com o processo de descentralização, reduz-se o papel do Ministério da Saúde de prestador direto de serviços e ocorre a transferência de servidores federais para estados e municípios, crescendo o contingente de funcionários “cedidos” a outras esferas de governo⁴²⁶. Além disso, ocorre uma redução expressiva do funcionalismo federal em saúde no período, principalmente entre os servidores em atividade, face ao aumento das aposentadorias e escassez de concursos públicos federais⁴²⁷.

Se o papel de prestador e de empregador direto do Ministério da Saúde se reduz no período, surge um conjunto de novos desafios no âmbito da regulação do trabalho em saúde, em decorrência de movimentos por vezes contraditórios nos processos de reforma em curso. Ao mesmo tempo em que ocorre uma expansão dos serviços públicos de saúde – principalmente no âmbito dos municípios –, com participação financeira do Ministério da Saúde, aumentam as restrições da legislação federal à expansão do funcionalismo, primeiro com a Lei Camata, depois por meio da Lei de Responsabilidade Fiscal, que impõem limites aos gastos com pessoal nas três esferas de governo. Simultaneamente, mudanças nos

⁴²⁵ Para uma discussão dos efeitos do processo de reforma do Estado sobre o funcionalismo federal, ver Molinaro (2004). Além da redução do funcionalismo, o autor explora as contradições entre o discurso da proposta de “reforma gerencial” e seus efeitos concretos sobre o perfil dos quadros federais nos anos 90, que incluem o aumento de relações precárias de trabalho e mudanças desfavoráveis em termos do perfil de escolaridade dos servidores que compõem o quadro federal.

⁴²⁶ Nogueira (2000) aborda os problemas decorrentes desse processo, como as dificuldades de secretarias estaduais e municipais reporem os servidores federais cedidos após a sua aposentadoria, o que se torna mais grave a partir de meados dos anos 90.

⁴²⁷ Silva e Costa (2002) identificam, a partir de dados da AMS/IBGE, uma redução dos empregos federais em saúde de 57% entre 1992 e 1999. Já Nogueira (2000, p.7) aponta que o número anual de afastamentos definitivos do quadro de pessoal do Ministério da Saúde passa de 78 em 1993 para 4735 em 1998, configurando uma saída de quase 29 mil servidores em cinco anos, a maior parte devido às aposentadorias. Nos anos de 1996 e 1997 também houve um aumento das saídas por exoneração.

mercados de trabalho compreendem o aumento do desemprego estrutural, das relações informais e da precariedade dos vínculos de trabalho nos setores privado e público.

No que tange ao sistema e aos serviços públicos de saúde, diversos estudos apontam a diversificação das formas de contratação, de inserção e de remuneração dos profissionais, com aumento de novas formas de relação público-privada como terceirizações de vários tipos, cooperativas, incentivos, entre outras⁴²⁸. Assim, paralelamente ao aumento de postos de trabalho no setor público de saúde, há evidências de que esteja ocorrendo um aumento dos vínculos precários, ou seja, aqueles que não se enquadram nos regimes estatutário ou celetista⁴²⁹.

E qual o papel do Ministério da Saúde nesse processo? É certo que, assim como apontado em relação à formação, a regulação das relações de trabalho a princípio também não representa um campo típico de atuação do gestor da saúde, estando no Executivo Federal sob responsabilidade principal do Ministério do Trabalho. No entanto, a importância do emprego público em saúde⁴³⁰ e as necessidades de expansão do SUS justificam a participação dos gestores da saúde nas decisões nesse campo, e a atuação do Ministério da Saúde é estratégica para o enfrentamento de problemas estruturais e das pressões relacionadas à agenda federal de Reforma do Estado.

Novamente, é a implementação de uma política federal prioritária – a estratégia de Saúde da Família –, que coloca em evidência as contradições nesse âmbito. A expansão do PSF no país, sob forte indução normativa e financeira do Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que amplia postos de trabalho e afeta em alguma medida o mercado de trabalho em saúde, ocorre às custas do aumento de contratações e vínculos precários dos profissionais, o que é mais grave no caso dos agentes comunitários de saúde⁴³¹.

⁴²⁸ Ver a propósito trabalhos anteriores da pesquisadora (Machado, 1999 e 2001), bem como de Costa et. al (2000), entre outros.

⁴²⁹ Ver Silva e Costa (2002).

⁴³⁰ Girardi e Carvalho (2002) apontam, a partir de dados da Relação Anual de Informações Sociais – RAIS do Ministério do Trabalho e Emprego, que no ano 2000 os empregados em serviços de saúde correspondiam a 6,6% do total de empregados na economia. Além disso, o peso de empregados no setor público é bem maior no segmento dos serviços de saúde (51,3% do total de empregados na saúde) do que o peso dos empregados no setor público no total da economia (24,1%).

⁴³¹ Uma avaliação realizada pelo Ministério da Saúde no conjunto de equipes de saúde da família do país no período 2001-2002 (Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, DAB, 2002) mostrou que o percentual de profissionais com situação de vínculo mais estável (estatutário ou CLT) foi baixo nas várias categorias, como se segue: 25,4% entre os médicos; 28,6% entre os enfermeiros; 45,9% entre os auxiliares de enfermagem; e 23,5% entre os agentes comunitários de saúde (nesse caso, vínculos CLT). A situação dos agentes é peculiar porque apenas recentemente têm se tornado mais concretas as estratégias de reconhecimento e regulação dessa profissão (Mendonça, 2004).

O tema da gestão e regulação do trabalho em saúde mobiliza de forma expressiva o Conselho Nacional de Saúde e é destacado nas conferências nacionais de 1996 e 2000. Tal mobilização leva a partir de 1998 à formulação de diretrizes e propostas de enfrentamento desse problema, reunidas na Norma Operacional de Recursos Humanos do SUS⁴³².

No entanto, é difícil saber em que medida propostas isoladas por parte do Ministério da Saúde e de outros atores setoriais seriam capazes de evitar os riscos e reverter as consequências adversas das tendências hegemônicas nas relações de trabalho sobre o sistema e os serviços públicos de saúde. Mais importante do que isso é o Ministério da Saúde assumir um papel estratégico no Governo Federal de demonstração acerca do potencial de geração de empregos do setor e de negociação de condições favoráveis para o trabalho em saúde, o que requer o posicionamento contrário às políticas adversas ao emprego público, a parceria com o Ministério do Trabalho na definição de projetos estruturantes de longo prazo e a articulação com outros segmentos da sociedade envolvidos com a questão. Esse tipo de atuação mais abrangente do Ministério da Saúde na regulação das condições e das relações de trabalho em saúde praticamente não ocorre no período de 1990 a 2002, deixando uma agenda de desafios a serem enfrentados nos anos subsequentes.

Um último aspecto da regulação do trabalho em saúde diz respeito à regulação das práticas profissionais, geralmente sob responsabilidade das corporações/ entidades de representação dos profissionais em uma linha de “auto-regulação”, com influência limitada do Ministério da Saúde. Uma expansão da atuação federal nesse sentido talvez possa se dar no apoio ao desenvolvimento e disseminação de protocolos assistenciais em diversas áreas, envolvendo necessariamente o debate sobre os modelos de atenção e de organização da rede e parcerias com entidades representativas de profissionais de saúde, sociedades de especialistas e instituições de ensino e pesquisa, entre outros atores sociais⁴³³.

⁴³² O documento “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS”, conhecido como NOB/RH-SUS, é publicado pela primeira vez em 2000 (Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2005).

⁴³³ Tal processo poderia contribuir para a formação dos profissionais e qualidade da atenção. Assinale-se que em alguns momentos estratégias federais de regulamentação de práticas de atenção geraram conflitos com entidades representativas de profissionais, como a tentativa de incentivo às casas de parto, pagamento de parteiras e autorização da realização de procedimentos anestésicos simples por cirurgiões em municípios sem anestesista. Tais questões foram mencionadas por autoridades federais entrevistadas.

Capítulo 7 - As funções gestoras do Ministério da Saúde na política nacional

Esse capítulo tem por objetivo caracterizar e fazer um balanço das principais mudanças nas funções do Ministério da Saúde na política de saúde de 1990 a 2002. As quatro macro-funções gestoras consideradas para efeito desta análise são: (a) formulação de políticas e planejamento; (b) financiamento; (c) regulação; (d) execução direta de ações e serviços de saúde.

Formulação de políticas e planejamento

A formulação de políticas e o planejamento em saúde constituem funções fundamentais no exercício da autoridade sanitária, intimamente relacionadas ao direcionamento da política de saúde. Tais funções envolvem o processo de tomada de decisões e a proposição de estratégias de intervenção sobre a realidade sanitária, abrangendo atribuições como: a identificação de necessidades, definição de prioridades e diretrizes de ação, elaboração de estratégias, propostas, projetos e planos de ação em curto, médio e longo prazo, articulação e negociação com outros atores governamentais e não-governamentais relevantes para a formulação e implementação das políticas, identificação e mobilização de recursos de vários tipos necessários para a operacionalização das políticas.

Diversas questões relevantes para a compreensão da atuação do Ministério da Saúde nesse âmbito já foram abordadas no Capítulo 4, referente à condução da política nacional de saúde. Aqui, serão retomadas apenas as mais importantes para a compreensão do padrão predominante de atuação federal na formulação de políticas e planejamento no período do estudo.

Uma das características mais marcantes da atuação do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002 é o caráter fragmentado da condução das políticas nacionais, com um baixíssimo grau de integração entre as várias áreas e campos de atuação, dificultando a identificação de um projeto único para o Ministério e da direcionalidade da ação federal na saúde. Na maior parte do período, o processo de formulação e implementação de políticas se dá de forma dispersa e fragmentada entre as diversas secretarias e entidades vinculadas ao Ministério. A definição de prioridades na maior parte das vezes se concentra na figura do Ministro, sendo observado em alguns momentos um poder expressivo do Secretário Executivo (particularmente no período de

Barjas Negri na Secretaria Executiva), ou do Secretário de Assistência à Saúde, pela magnitude dos recursos sob sua gestão. Os mecanismos de coordenação internos são frágeis e insuficientes e em vários momentos, nota-se mesmo a sobreposição de ações e a competição entre áreas. Outra observação é que algumas alterações na estrutura administrativa e regimental do Ministério da Saúde no decorrer do período tenderam a agravar a situação de fragmentação das ações e disputa interna.

Por outro lado, uma mudança importante observada no período do estudo é a necessidade de que a formulação de políticas de saúde seja negociada com outros atores, particularmente por meio de dois canais institucionais: a Comissão Intergestores Tripartite, que se constitui em uma instância de negociação e estabelecimento de pactos entre esferas de governo, especialmente no que diz respeito à descentralização e aos mecanismos de financiamento; e o Conselho Nacional de Saúde, que segundo a legislação deve ter caráter deliberativo sobre a política. Destaque-se ainda a realização de três Conferências Nacionais de Saúde no período, nos anos de 1992, 1996 e 2000.

Ainda que o grau de compartilhamento de decisões e de participação dos diferentes atores apresente variações entre as áreas e temas da política, conforme abordado no Capítulo 4, não se pode desprezar o avanço representado pela constituição e funcionamento dessas instâncias colegiadas em termos da democratização no âmbito da política de saúde. Isso, porque, mesmo que em vários momentos o Ministério da Saúde não valorize suficientemente ou atropela tais instâncias e mecanismos de participação, existe a possibilidade de vocalização e reação pelos demais atores, com base nas definições legais e nos arranjos e acordos políticos estabelecidos no processo de implementação do SUS. Ou seja, em alguma medida a existência dessas instâncias impõe limites e constrangimentos à ação federal na condução da política nacional.

Além disso, os demais atores também formulam propostas para a política nacional e tentam emplacá-las na agenda do Ministério da Saúde. Nesse sentido, o CONASEMS é mais bem sucedido no período 1993-1994 – quando é chamado para ocupar cargos importantes na SAS – e o CONASS tem maior sucesso na proposição de temas e incorporação de suas prioridades e propostas em alguns momentos após 1995.

Outro aspecto a ser enfatizado é a ausência de estratégias abrangentes e coordenadas de planejamento da política pelo Ministério da Saúde, principalmente em uma perspectiva de médio e longo prazo. Em que pese o fato de vários dirigentes entrevistados terem apontado o “planejamento estratégico” como uma das funções do

Ministério da Saúde, até 2002 não há evidências empíricas de adoção de práticas sistematizadas de planejamento que a princípio se enquadrem nessa concepção⁴³⁴.

A elaboração de planos de saúde, tal como proposta na legislação do SUS, é freqüentemente cobrada dos estados e municípios pelo Ministério da Saúde, como requisito para as habilitações nas normas e recebimento de recursos federais de vários tipos no período do estudo. No entanto, até 2002 o Ministério da Saúde não havia elaborado um Plano Nacional de Saúde que atendesse ao propósito de explicitação das prioridades e da direcionalidade da ação federal, com propostas de intervenção a médio e longo prazo. No início da década, no Governo Collor e na gestão de Alcení Guerra é elaborado por um grupo restrito do Ministério um plano quinquenal para a saúde, cuja implementação é limitada pela conjuntura política adversa, sendo que tal gestão é interrompida em dois anos em função do processo de *impeachment* que leva à renúncia do Presidente.

Em 1997, há o lançamento de um Plano de Objetivos e Metas em função do “ano da saúde”, porém sem uma importância concreta no direcionamento da política. Fora esses exemplos, predominam no período do estudo os planos ou documentos temáticos por áreas específicas (atenção básica, política de medicamentos, entre outros).

Chama a atenção a ausência de planos de investimentos abrangentes, que representariam uma atribuição importante do gestor federal. As estratégias de investimentos no período são frágeis, fragmentadas e delimitadas, muitas financiadas com recursos de projetos internacionais ou de emendas parlamentares, sem configurar uma política coordenada de médio ou de longo prazo.

Vale mencionar em 2001 o processo de elaboração de uma Agenda Nacional de Prioridades de Saúde, que conta com a participação de representantes do Ministério da Saúde, estados e municípios e é submetida à aprovação do Conselho Nacional de Saúde. Tal agenda compreendia seis eixos temáticos e a proposta de prioridades e indicadores dentro de cada um e teve o objetivo de funcionar como um instrumento de coordenação federativa, ao procurar induzir a adoção de determinadas políticas prioritárias pelos estados e municípios e propiciar o seu monitoramento⁴³⁵.

⁴³⁴ Isso se aplica se considerarmos as abordagens mais conhecidas na área do planejamento de políticas públicas na América Latina, como o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus e o pensamento estratégico de Mário Testa.

⁴³⁵ Portaria do Gabinete do Ministro/MS nº 393, de 29 de março de 2001. Os seis eixos prioritários são: (a) redução da mortalidade infantil e materna; (b) controle de doenças e agravos prioritários; (c)

O quadro 7.1 procura caracterizar a função de formulação de políticas e planejamento pelo Ministério da Saúde no período do estudo.

Quadro 7.1. – Caracterização da função de formulação de políticas e planejamento em saúde pelo Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002.

Aspectos relevantes	Caracterização
Papel das Conferências Nacionais de Saúde	- Limitada influência sobre os rumos da política; - Tendência de repetição dos temas que representam lacunas do SUS nas sucessivas conferências.
Papel do Conselho Nacional de Saúde	- Limitado poder deliberativo; - Tensões nas relações com autoridades do Ministério da Saúde na maior parte do período; - Participação em alguns temas relevantes.
Papel da CIT, do CONASS e do CONASEMS	- Debate sobre as políticas de descentralização e transferência de recursos federais; - Pouca participação em algumas decisões estratégicas da política que afetam estados e municípios.
Integração entre áreas do MS	- Limitada integração; - Fragmentação na formulação e implementação de políticas; - Conflitos e eventual sobreposição de ações.
Estilo de definição de prioridades	- Áreas elegem prioridades, porém tem limitada possibilidade de efetivação; - Poder de definição de prioridades em geral concentrado no Ministro e grupo restrito de sua confiança.
Racionalidade de planejamento predominante	- Uso da epidemiologia na tomada de decisões e no planejamento aquém do desejável, embora presente no cotidiano de grupos técnicos no MS; - Fortalecimento da racionalidade econômica em face das restrições financeiras; busca de eleger e adequar as propostas aos recursos disponíveis.
Dimensão temporal	- Predomínio de estratégias de curto prazo; - Escassez de planejamento em médio e longo prazo.
Dimensão geográfica	- Predomínio de políticas de corte nacional; - Escassa consideração de realidades regionais (macro, meso e micro) e locais
Dimensão populacional	- Consideração de grupos populacionais alvo no desenho de algumas políticas específicas.
Instrumentos de planejamento	- Ausência de Plano Nacional de Saúde abrangente e integrado; - Ausência de Plano Nacional de Investimentos de médio e longo prazo; - Predomínio de planos e documentos temáticos; - Grande peso das normas/ portarias atreladas a mecanismos financeiros.
Intersetorialidade	- Escassa articulação com outras políticas federais da área social ou econômica.

Fonte: Elaboração própria.

reorientação do modelo assistencial e descentralização; (d) melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; (e) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde; (f) qualificação do controle social.

Ressalte-se que, na ausência de um processo de planejamento mais estruturado, a função federal de formulação de políticas e planejamento na maior parte do período do estudo se expressa principalmente por meio da emissão de normas/ portarias e mecanismos de financiamento e de forma fragmentada entre as várias áreas da política. Portanto, ao mesmo tempo que a existência de canais institucionais como a CIT e o CNS abrem a possibilidade de debate e de influência sobre a política nacional de saúde, o estilo fragmentado e normativo de atuação do Ministério em vários momentos dificulta uma compreensão mais clara da direcionalidade da política e limita a possibilidade de intervenção real de outros atores nos seus rumos, que seria mais provável em uma estratégia de planejamento abrangente, coordenada e participativa. Daí que, para a compreensão das principais características da atuação do Ministério da Saúde, é importante analisar principalmente as duas funções discutidas a seguir, que representam os alicerces da ação federal no período: o financiamento e a regulação.

Financiamento

O papel de financiamento do Estado na política de saúde é importante em países com diferentes modelos de sistemas de saúde, mas tem caráter particularmente estratégico nos sistemas fundados em concepções mais abrangentes de coletivização dos riscos, solidariedade social e cidadania nacional.

Nos países federativos, em que o papel do Estado no financiamento das políticas públicas se expressa em mais de uma esfera de governo, em geral o governo federal preserva uma capacidade de arrecadação importante, com a finalidade principal de redistribuição de recursos (nas suas diversas formas). Nos sistemas de saúde desses países, o financiamento federal é considerado fundamental para o alcance de determinadas finalidades sociais e sanitárias. No entanto, a forma como a função de financiamento do Estado é exercida no âmbito federal – em termos do comprometimento/compromisso financeiro estatal e do modelo de financiamento adotado – pode sugerir diferentes possibilidades de alcance de tais finalidades.

No modelo dicotômico de atuação do Estado na saúde anterior ao SUS, predominante dos anos 30 até meados dos anos 80, o papel federal no financiamento era importante, mas exercido em uma lógica inadequada e perpetuadora de desigualdades.

A mudança do padrão de atuação do Estado na saúde proposta pela reforma sanitária brasileira e expressa na Constituição – baseada em uma concepção ampla do direito à saúde, na lógica da Seguridade Social e nos princípios de universalidade, igualdade e integralidade - requer um papel destacado do Estado no financiamento da saúde também no âmbito federal, ancorado nas funções arrecadadora e redistributiva peculiares a essa esfera de governo. Contudo pressupõe que tal papel financiador sofra profundas transformações, tanto na forma como é exercido pelo Governo Federal (face às diretrizes de descentralização político-administrativa e de controle social) quanto no que diz respeito aos efeitos sociais desejados (em termos de redução das desigualdades e melhoria da situação de saúde da população).

O financiamento federal da política de saúde é, na maior parte do período de estudo, tensionado pela agenda de reformas predominante nos anos 90, de prioridade para a estabilização fiscal e contenção dos gastos públicos. O exercício da função de financiamento pelo Ministério da Saúde se dá em meio a pressões por mais recursos para o atendimento das necessidades e demandas, por um lado, e restrições orçamentárias por outro, envolvendo conflitos, negociações, parcerias ou acordos com outras áreas do Governo Federal, outras esferas de governo, prestadores de serviços e outros atores sociais.

É possível afirmar que parte expressiva das questões relevantes para o financiamento federal da saúde extrapola a governabilidade do Ministério da Saúde. No entanto, em meio às dificuldades estruturais e conjunturais, às pressões políticas e às suas possibilidades, o Ministério da Saúde também realiza escolhas, toma decisões e adota estratégias de ação que têm importância para o financiamento do sistema.

A análise da função de financiamento do Ministério da Saúde aqui realizada considera cinco eixos principais: (a) o comprometimento do Estado/ do gasto público com o financiamento da saúde no Brasil; (b) as fontes de financiamento federal e o montante dos recursos do Ministério da Saúde; (c) a participação do Ministério da Saúde no gasto público em saúde; (d) a forma e lógica de execução dos recursos do Ministério da Saúde (execução direta x transferências intergovernamentais; tipos de transferências; critérios de financiamento); (e) e a destinação de recursos do MS (entre categorias de despesa, programas e regiões do país).

Cabe ponderar que o financiamento da saúde é objeto de estudo de diversos especialistas, que desenvolvem pesquisas com diferentes enfoques, cuja produção

recente é bastante utilizada neste capítulo⁴³⁶. O presente trabalho não tem como objeto central o financiamento da saúde, mas sim o papel do Ministério da Saúde no período 1990-2002, sendo o financiamento analisado como uma das funções gestoras do Ministério, na perspectiva de contribuir para a compreensão da atuação federal. Além do recurso aos trabalhos de autores especializados no tema, realizou-se também uma análise das planilhas de execução orçamentária do Ministério da Saúde fornecidas pela Secretaria Executiva, assim como de documentos oficiais selecionados.

Comprometimento do Estado e do gasto público com a Saúde

Em um país com um modelo de sistema de saúde público e universal, como o proposto no caso brasileiro, poderia se esperar um expressivo comprometimento do orçamento público com a saúde e um maior peso dos gastos públicos em saúde em relação aos gastos privados.

No entanto, não é isso que se observa no Brasil. O quadro 7.2 apresenta indicadores selecionados dos gastos em saúde no ano de 2001, em alguns países em desenvolvimento e desenvolvidos, com distintos sistemas políticos e modelos de sistemas de saúde, para contraste com a situação brasileira.

Quadro 7.2.– Indicadores de gastos em saúde em países selecionados – 2001.

País	Indicador				
	Gasto total per capita (US\$)	Gasto total %PIB	% Gasto público ⁽¹⁾	% Gasto privado ⁽²⁾	Gasto público saúde como % gasto público (3)
Brasil	222	7,6	41,6	58,4	8,8
Argentina	679	9,5	53,4	46,6	21,3
Chile	303	7,0	44,0	56,0	12,7
México	370	6,1	44,3	55,7	16,7
Canadá	2.163	9,5	70,8	29,2	16,2
EUA	4.887	13,9	44,4	55,6	17,7
França	2.109	9,6	76,0	24,0	13,7
Alemanha	2.412	10,8	74,9	25,1	16,6
Itália	1.584	8,4	75,3	24,7	13,0
Reino Unido	1.835	7,6	82,2	17,8	15,4

Fonte: World Health Organization Report 2003 (WHO, 2003). Elaboração própria.

Notas: (1) Proporção do gasto público em saúde em relação ao gasto total em saúde.

(2) Proporção do gasto privado em saúde em relação ao gasto total em saúde.

(3) Proporção do gasto público em saúde em relação ao gasto público total.

⁴³⁶ Para as relações entre o sistema tributário, o federalismo fiscal e financiamento da saúde, ver os estudos de Dain (2001), Faveret (2002) e Lima (2005). Sobre as relações público-privadas no financiamento da saúde, ver Bahia (2005). Uma discussão sobre a alocação de recursos federais é apresentada por Ugá et. al (2003). Ver ainda os trabalhos sobre o financiamento da saúde desenvolvidos pela Diretoria de Estudos Sociais do IPEA, como Ocké-Reis et. al (2001) e Ribeiro et. al (2005), entre outros.

Ainda que a qualidade desses dados possa ser questionada⁴³⁷, chama a atenção o fato que o Brasil apresenta baixo gasto *per capita* total em saúde e baixo comprometimento do gasto público com a saúde, mesmo se comparado a outros países em desenvolvimento da América Latina. Observe-se ainda o grande peso dos gastos privados em saúde no Brasil em comparação com os outros países, superando não apenas os países que contam com sistemas universais públicos que inspiraram a reforma sanitária brasileira – como Itália e Reino Unido –, mas mesmo países que apresentam um sistema fortemente orientado para o setor privado, como o Chile e os EUA.

Tais indicadores não são condizentes com o modelo de sistema de saúde representado pelo SUS, expressando o grande peso do setor privado na saúde no Brasil, já mencionado. Ainda que se careça de dados confiáveis para uma análise histórica da composição do gasto, é provável que essa característica – o alto peso do gasto privado – não seja recente, refletindo em parte distorções estruturais do *mix* público-privado em saúde no Brasil, já observadas em décadas anteriores.

Uma discussão mais aprofundada das relações entre público e privado no gasto em saúde evidencia o caráter regressivo e iníquo do financiamento setorial no Brasil. Como exemplos de distorções, pode-se citar os subsídios do Estado ao setor privado, por meio de isenções fiscais e abatimentos no Imposto de Renda de pessoas físicas e de empresas dos gastos com planos de saúde ou dos desembolsos diretos com assistência médica e o fato dos gastos privados *per capita* com saúde (gastos diretos das famílias ou gastos de empresas e famílias com planos de saúde) serem bem maiores que os gastos públicos *per capita*⁴³⁸.

Fontes e montante de recursos do Ministério da Saúde

A Constituição brasileira de 1988 institui o direito à saúde inserido em uma lógica de Seguridade Social, assim como prevê mudanças no financiamento social, com destaque para a diversificação da base de financiamento e a conformação do Orçamento da Seguridade Social (OSS). Como assinalam Lessa *et. al* (1997), a Constituição não foi

⁴³⁷ No Brasil, as estimativas sobre o gasto público têm considerado o recente SIOPS. Já as estimativas sobre gastos privados têm se baseado em projeções a partir de pesquisas sobre orçamentos familiares (POF/IBGE) e de dados sobre gastos das empresas, cuja disponibilidade e precisão é bem menor. Em outros países, é possível que exista o mesmo tipo de dificuldades na compilação de dados sobre os gastos em saúde. Uma estimativa recente feita por Bahia (2005) mostra dados de composição público-privada do gasto semelhantes aos dados da OMS apresentados no Quadro 7.2.

perdulária, visto que procurou assegurar a disponibilidade de recursos para a garantia dos novos direitos sociais, prevendo a co-responsabilidade da União, estados e municípios; e a diversificação da base de financiamento da Seguridade, a ser composta por várias fontes (impostos gerais; contribuições sobre a folha de salários e outros rendimentos do trabalho; contribuições sobre o faturamento e o lucro de empresas, entre outras).

No que diz respeito ao financiamento federal da saúde, naquela ocasião não se define a vinculação de parcela de recursos do OSS a ser destinada à saúde, como defendiam alguns representantes do movimento sanitário⁴³⁹. Tal questão igualmente não é tratada pela legislação do SUS, vindo a ser estabelecida alguma vinculação específica de recursos para a saúde apenas no ano 2000, como será tratado adiante.

Nos anos seguintes à Constituição de 1988, tanto a inflexão conservadora ao final do Governo Sarney como a agenda de reformas do Governo Collor, adversa à expansão dos gastos públicos, evidenciam os obstáculos à concretização da proposta da Seguridade Social⁴⁴⁰, e ocorrem sucessivos desvirtuamentos do Orçamento da Seguridade Social.

Na realidade, para a compreensão da postura da União em relação ao Orçamento da Seguridade Social é importante considerar, por um lado, o modelo de desenvolvimento e de gestão econômica predominante nos anos 90; e por outro, as mudanças operadas no sistema tributário e suas implicações para o financiamento social e da saúde. No que diz respeito ao modelo econômico, o fortalecimento das idéias liberais e a priorização da estabilização fiscal na maior parte do período dificultam a necessária expansão dos gastos sociais⁴⁴¹.

Quanto ao sistema tributário, especialistas sugerem que após 1988 a maior descentralização dos recursos provenientes da arrecadação de impostos gerais fez com

⁴³⁸ Segundo estimativa de Bahia (2005).

⁴³⁹ As disposições constitucionais transitórias chegaram a prever a destinação de 30% dos recursos do OSS para a saúde, mas posteriormente tal definição foi remetida para as leis de diretrizes orçamentárias anuais. Na realidade, as mudanças tributárias propostas pela Constituinte, que apontaram para uma significativa descentralização do sistema tributário com perdas importantes para a União geraram resistências às vinculações de receitas por parte de parlamentares naquele momento, como aponta Souza (2001).

⁴⁴⁰ Alguns exemplos são a transferência da Previdência para o Ministério do Trabalho durante o Governo Collor e a regulamentação separada das três áreas da Seguridade – Previdência, Saúde e Assistência Social – entre 1990 e 1993. Sobre o esvaziamento da Seguridade, ver Noronha (2005) e Baptista (1998), entre outros.

⁴⁴¹ Ver Capítulo 1 para a discussão do modelo de desenvolvimento predominante nos anos 90.

que a União passasse a investir na expansão de suas receitas por meio de contribuições sociais, para finalidades diversas⁴⁴². Isso explica em parte as dificuldades de direcionamento dessas contribuições para a Seguridade, as tentativas de incluir no OSS despesas antes financiadas pelo Orçamento Geral (como os Encargos Previdenciários da União), a oposição da área econômica às vinculações setoriais e a adoção de instrumentos de contingenciamento de recursos, como o Fundo Social de Emergência (FSE), criado em 1994, que passa a ser denominado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) em 1996 e é substituído pela Desvinculação de Receitas da União (DRU) no ano 2000.

Ao invés de um financiamento suficiente e solidário para a Seguridade Social, predomina nos anos 90 a oscilação das fontes, a instabilidade de receitas, e a competição entre áreas da política social por recursos relativamente escassos, levando a movimentos pragmáticos dos dirigentes setoriais de luta/conflito pelos recursos existentes, ou de busca de especialização de fontes e vinculação de receitas às áreas específicas.

É nesse contexto que os dirigentes do Ministério da Saúde se movimentam da década de 1990 e início dos anos 2000, nas suas relações com outras áreas do Governo Federal e com outros atores sociais⁴⁴³, procurando condições razoáveis de financiamento para a saúde, particularmente no que se refere à estabilidade de fontes e de receitas, montante dos recursos e regularidade dos fluxos financeiros.

No que diz respeito às fontes de recursos, o orçamento do Ministério da Saúde passa por mudanças expressivas no período do estudo, como pode ser visto nas Tabelas 7.1 e 7.2.

⁴⁴² Ver a propósito Prado et. al (2003) e Lessa et.al (1997), entre outros.

⁴⁴³ A questão das relações do Ministério da Saúde com outras áreas do governo federal no que diz respeito ao financiamento setorial é abordada no capítulo 4.

Tabela 7.1.– Participação das fontes de financiamento do Ministério da Saúde de 1993 a 2002.

Fontes	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Recursos Ordinários	8,9%	1,0%	3,2%	0,2%	1,0%	9,8%	15,1%	5,3%	14,4%	10,3%
Contribuições Sociais	67,4%	54,6%	70,5%	66,2%	71,9%	65,2%	61,5%	81,1%	75,0%	81,3%
<i>Contr.empr.e trabalh.</i>	<i>31,6%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>
<i>CSLL</i>	<i>10,7%</i>	<i>12,9%</i>	<i>20,2%</i>	<i>20,7%</i>	<i>19,1%</i>	<i>7,2%</i>	<i>13,2%</i>	<i>12,5%</i>	<i>7,0%</i>	<i>22,5%</i>
<i>COFINS</i>	<i>25,1%</i>	<i>34,1%</i>	<i>48,8%</i>	<i>42,2%</i>	<i>25,3%</i>	<i>23,6%</i>	<i>26,3%</i>	<i>37,7%</i>	<i>38,9%</i>	<i>18,6%</i>
<i>CPMF</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>27,5%</i>	<i>33,6%</i>	<i>22,0%</i>	<i>30,9%</i>	<i>28,0%</i>	<i>38,4%</i>
<i>Contr.Plano Seg.Servidor</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>1,5%</i>	<i>3,3%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,8%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>1,2%</i>	<i>1,9%</i>
FSE/FEF	0,0%	36,8%	11,7%	17,9%	19,4%	12,0%	14,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Demais Fontes	23,7%	15,2%	14,6%	15,7%	7,7%	13,0%	8,9%	13,6%	10,6%	8,3%
Total das Fontes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: 1993 e 1994 – Dados SIAFI/SIDOR. Cálculos IPEA/DISOC, apresentados em Ocké-Reis et. al (2001).

1995 a 2002 – SPO/SE/MS. Cálculos feitos por Ana Cecília Faveret (envio por e-mail).

Tabela 7.2 - Fontes de financiamento do Ministério da Saúde de 1995 a 2002 (em R\$ nominais).

Fontes	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Recursos Ordinários	483.821.231	28.160.103	192.936.072	1.891.431.809	3.068.671.834	1.195.080.892	3.771.722.683	2.927.456.427
Contribuições Sociais	10.526.258.834	9.519.382.769	13.518.691.864	12.601.070.827	12.510.695.005	18.409.067.437	19.602.017.670	23.010.932.747
<i>Contr.empr.e trabalh.</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>CSLL</i>	<i>3.021.756.155</i>	<i>2.973.151.398</i>	<i>3.591.379.239</i>	<i>1.400.618.913</i>	<i>2.675.424.196</i>	<i>2.839.532.097</i>	<i>1.819.164.300</i>	<i>6.367.408.022</i>
<i>COFINS</i>	<i>7.284.238.524</i>	<i>6.073.844.387</i>	<i>4.751.200.874</i>	<i>4.551.783.898</i>	<i>5.352.323.166</i>	<i>8.563.922.399</i>	<i>10.166.252.792</i>	<i>5.267.498.864</i>
<i>CPMF</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>5.176.111.751</i>	<i>6.497.081.412</i>	<i>4.482.947.643</i>	<i>7.005.612.941</i>	<i>7.310.194.526</i>	<i>10.850.858.640</i>
<i>Contr.Plano Seg.Servidor</i>	<i>220.264.155</i>	<i>472.386.984</i>	<i>0</i>	<i>151.586.604</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>306.406.052</i>	<i>525.167.221</i>
FSE/FEF	1.751.455.958	2.577.889.299	3.647.610.943	2.328.162.649	2.946.554.342	0	0	0
Demais Fontes	2.175.602.305	2.251.359.438	1.445.234.974	2.503.024.703	1.811.783.852	3.095.105.796	2.762.182.385	2.354.941.448
Total das Fontes	14.937.138.328	14.376.791.609	18.804.473.853	19.323.689.988	20.337.705.033	22.699.254.125	26.135.922.738	28.293.330.622

Fonte: SPO/SE/MS. Elaboração de Ana Cecília Faveret (envio por e-mail).

A primeira metade da década representa um período de grande instabilidade para o financiamento federal da saúde, face às contingências econômicas, ao desvirtuamento do Orçamento da Seguridade Social e à instabilidade de fontes. A destinação para a saúde de recursos oriundos da arrecadação das contribuições previdenciárias de empregadores e trabalhadores diminui progressivamente e é interrompida em 1993, sob a alegação de que esses recursos deveriam se destinar exclusivamente à Previdência, configurando um movimento de especialização de fontes em um contexto de recursos limitados. A interrupção do aporte de recursos uma fonte tradicionalmente importante para o financiamento da saúde – observe-se na Tabela 7.1. que em 1993 essa fonte ainda representa mais de 30% do orçamento do Ministério da Saúde - gera grande instabilidade para a implementação da política de saúde nos anos subsequentes. Em 1994, cai a participação relativa das contribuições sociais e o Fundo Social de Emergência é a principal fonte isolada de financiamento do Ministério da Saúde.

De 1995 a 1999, a participação do FSE e de seu sucedâneo o FEF entre as fontes do Ministério da Saúde é relativamente importante, oscilando entre 11 a 19,5%. Ressalte-se entretanto que esses fundos representam mecanismos de contingenciamento de recursos adotados pela área econômica, visando aumentar a flexibilidade na gestão orçamentária e atender aos imperativos da estabilização fiscal, ainda que parte desses recursos retorne ao financiamento da política social⁴⁴⁴. A partir de 2000, a substituição do FEF pela Desvinculação de Receitas da União (DRU) não permite mais identificar com clareza essa participação, visto que os recursos desvinculados pela DRU são executados por meio da fonte “Recursos Ordinários”⁴⁴⁵.

Tal situação de instabilidade motiva a busca de uma fonte específica de financiamento também para a saúde pelo Ministro Adib Jatene no período 1995-1996, em um longo e conflituoso processo que culmina com a aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF – ao final de 1996, para entrar em vigor em 1997. A CPMF representa mais um passo no sentido da especialização de fontes no âmbito

⁴⁴⁴ Ribeiro et al. (2005) destacam que seria necessário realizar um estudo mais aprofundado do financiamento dos diversos setores sociais para estimar que parcela do FSE, FEF e DRU, originados na desvinculação de receitas, teria “retornado” à área social no período. Estimativa realizada por Lessa et al (1997) em relação ao período 1993-1995 mostra que o FSE teria contingenciado cerca de 20% dos recursos da Seguridade. Em relação à DRU, Ribeiro et. al (2005) apresentam resultados de estimativa realizada pela Consultoria de Orçamentos da Câmara de Deputados, segundo a qual em 2002 a DRU teria retirado mais dinheiro da Seguridade Social do que teria retornado por meio da execução da fonte Recursos Orçamentários.

⁴⁴⁵ Ribeiro et al. (2005) enfatizam que isso teria tornado a execução orçamentária menos transparente, visto que, até 1999, os recursos ordinários correspondiam aos recursos oriundos de impostos gerais; e a partir de 2000, englobam também os recursos da DRU.

da Seguridade, fruto de um movimento pragmático de busca de recursos para a saúde. Já em 1997, o primeiro ano de sua implementação, a CPMF é responsável por 27,5 % dos recursos do Ministério da Saúde, e continua a desempenhar um papel importante no financiamento setorial nos anos subseqüentes.

No entanto, a implementação da CPMF não gera o aumento esperado no montante de recursos para a saúde nos anos seguintes por dois motivos principais. O primeiro é que ocorre uma relativa substituição de fontes, com a redução do aporte de recursos de outras contribuições sociais, como pode ser visto na Tabela 7.2⁴⁴⁶. O segundo é parte de recursos da CPMF passa a ser destinada a outras finalidades, principalmente a partir de 1999, quando ocorre uma reformulação dessa contribuição. Registre-se neste ano uma redução da participação da CPMF no orçamento do Ministério da Saúde em relação ao ano anterior, tanto em termos relativos (Tabela 7.1) como absolutos (Tabela 7.2, em valores nominais).

Portanto, ainda que propicie uma melhora em relação à situação da primeira metade da década, a implementação da CPMF não dá conta de assegurar a desejada estabilidade para o financiamento da saúde, persistindo a susceptibilidade do Ministério da Saúde frente à área econômica e a necessidade de negociações *ad hoc* para liberação de recursos “na boca do caixa”⁴⁴⁷, em uma situação adversa para a implementação da política pública de saúde.

Um novo movimento de busca de estabilidade para o financiamento setorial é empreendido na gestão Serra, por meio da retomada de uma proposta de emenda constitucional voltada para a vinculação de receitas para a saúde nas três esferas de governo⁴⁴⁸. Após um período de debates e negociações com a área econômica do governo, é aprovada pelo Congresso a Emenda Constitucional nº 29, no ano 2000, que apresenta diferenças substantivas em relação à proposta original. A EC 29/2000 estabelece a vinculação explícita de um percentual de receitas para estados e municípios e, na realidade, o seu principal propósito parece ter sido a pressão para aumento da participação dos estados no financiamento da saúde.

No caso da União, a emenda define um patamar de recursos federais a ser aplicado em saúde a partir da execução orçamentária do ano anterior, corrigida de acordo com a

⁴⁴⁶ Tal questão foi enfatizada por vários entrevistados da pesquisa, incluindo os Ministros Adib Jatene e Carlos Albuquerque, conforme discutido no Capítulo 4.

⁴⁴⁷ Tal termo é adotado por Levcovitz (1997) para caracterizar o período 1995-1996; no entanto, pode ser aplicado para explicar as relações entre Ministério da Saúde e área econômica na maior parte do período de estudo, por expressar o desprestígio da área social na gestão do orçamento público.

variação no PIB nominal. A principal justificativa apresentada pelos dirigentes do Ministério da Saúde entrevistados para tal mudança é o fato de que a eminência de uma reforma tributária teria prejudicado a definição de uma base sólida para a vinculação de receitas a determinados tipos de impostos ou contribuições sociais, além do reconhecimento das dificuldades de negociação com a área econômica do governo⁴⁴⁹.

No entanto, a vinculação à variação do PIB é criticada por especialistas por três motivos principais⁴⁵⁰. Primeiro porque se estaria descolando o debate sobre o orçamento da saúde das contribuições sociais, o que significaria aceitar o abandono da lógica do Orçamento da Seguridade Social. Em segundo lugar, porque projeções sugerem que a vinculação às receitas das contribuições sociais asseguraria um patamar de recursos federais para a saúde mais elevado do que o mecanismo de correção atrelado à variação do PIB. Em terceiro lugar, porque em caso de estagnação econômica, a população seria duplamente penalizada.

Ademais, além dos problemas na concepção da proposta, nos anos seguintes observam-se conflitos relativos à regulamentação e operacionalização da emenda, com pressões da área econômica para a inclusão como despesas de saúde de um maior contingente de atividades, e para consideração de 1999 (ano anterior à aprovação da EC 29) como sendo o ano base para o cálculo nos vários anos seguintes (ao invés da consideração do ano imediatamente anterior a cada ano)⁴⁵¹. Em suma, mesmo a aprovação da EC 29, apesar de amplamente comemorada no setor, não soluciona a situação de vulnerabilidade do Ministério da Saúde em face do modelo econômico adverso e das posições do Ministério da Fazenda, persistindo problemas no âmbito das fontes de financiamento e da regularidade no aporte de recursos.

Para além das fontes de financiamento, outro aspecto importante a ser analisado diz respeito à evolução do montante de recursos orçamentários executados pelo Ministério da Saúde no período do estudo. Os dados relativos à primeira metade da década são de difícil interpretação, pela menor disponibilidade de informações confiáveis e frequentes mudanças monetárias. No entanto, análises feitas por Médici (1994, p.151) relativas ao período 1990-1993 apontam uma alta instabilidade no financiamento federal no período,

⁴⁴⁸ A primeira proposta de Emenda Constitucional nesse sentido foi a PEC 169, apresentada pelo Deputado Eduardo Jorge (PT-SP) em 1993.

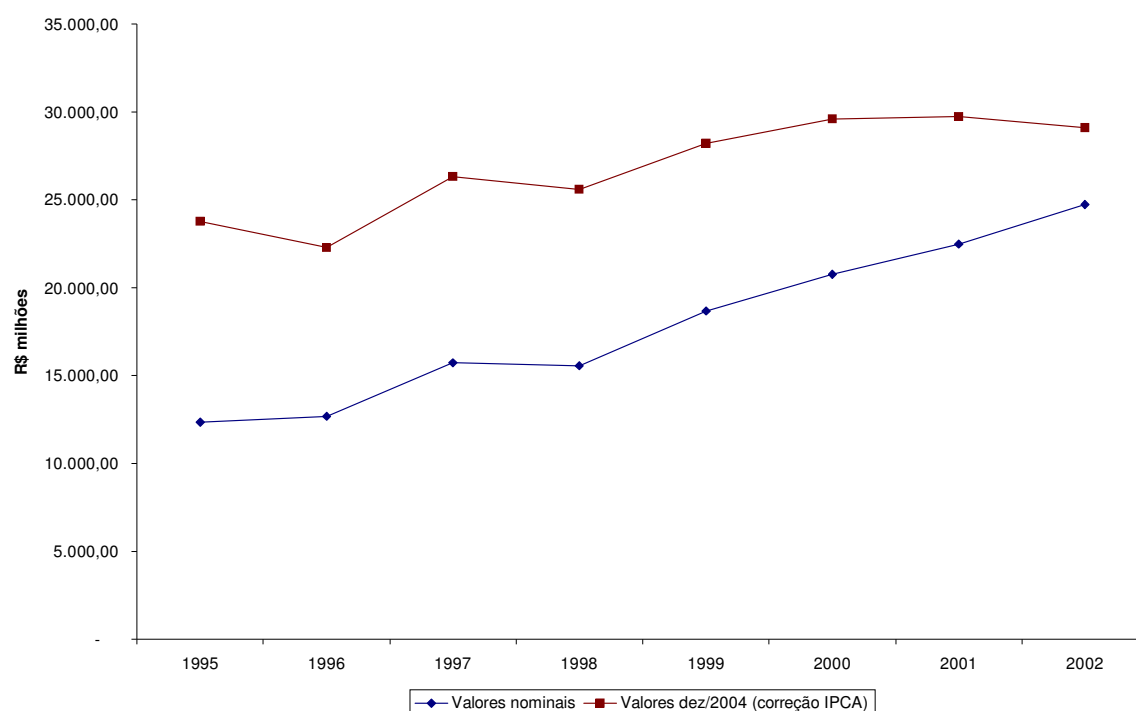
⁴⁴⁹ Entrevistas com José Serra, Barjas Negri e Geraldo Biasoto.

⁴⁵⁰ Ver Dain (2001), Faveret (2002) e Ribeiro et. al (2005).

com oscilações importantes e redução do gasto federal em termos de valor total - ajustado por dólares americanos – e do gasto como percentual do PIB, em comparação com a segunda metade dos anos 80.

A evolução dos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde⁴⁵² de 1995 a 2002, em valores nominais e ajustados pela inflação, pode ser vista na Figura 7.1.

Figura 7.1.- Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde de 1995 a 2002.



Fonte: SPO/SE/MS (recursos empenhados). Elaboração própria.

Nota: A atualização para valores de dezembro de 2004 foi feita pelo IPCA/IBGE, acumulado a cada ano.

Observa-se um aumento progressivo dos gastos nominais do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde, com exceção do ano de 1998, que registra uma queda em relação a 1997. No entanto, a análise dos valores corrigidos pela inflação estimada segundo o IPCA⁴⁵³ sugere oscilações nos gastos com ações e serviços de saúde no período de 1995

⁴⁵¹ Entre os atores que lutam pela aprovação da emenda e posteriormente pela sua adequada regulamentação e aplicação, favorável à saúde, cabe destacar o papel do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde no Congresso Nacional.

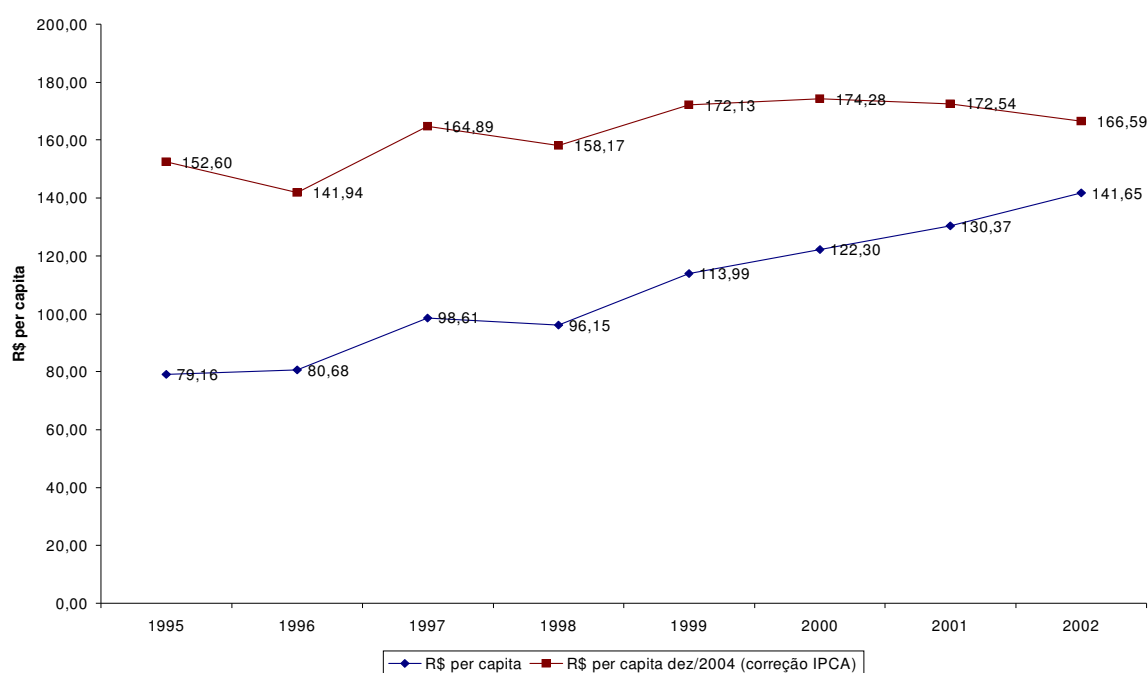
⁴⁵² Os gastos com ações e serviços de saúde excluem o pagamento de inativos, pensionistas e de dívidas, bem como o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (em 2001 e 2002), variando entre 80 e 92% do total da execução orçamentária no período do estudo. O pagamento de dívidas foi particularmente expressivo nos anos de 1997 e 1998, quando o Ministério saldou as dívidas com o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

⁴⁵³ Os dados podem variar segundo o índice de inflação utilizado para a atualização dos valores. Neste trabalho opta-se por utilizar o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo IBGE, que mede a variação nos preços de produtos e serviços consumidos pelas famílias com renda entre 1 e 40 salários mínimos, nas regiões metropolitanas. Já no trabalho de Ribeiro et. al (2005), a utilização do Índice Geral de Preços- Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas, registra oscilações semelhantes às apontadas na Figura 7.1. (com menores gastos em 1996, 1998, e leve queda em 2002), mas sugere que os

a 1998, seguidas por um período de aumento contínuo, porém discreto, de 1999 até 2001 e de uma leve queda em 2002.

A visualização da evolução dos gastos do Ministério da Saúde em termos de valores per capita (Figura 7.2.), sugere que o gasto federal em saúde é relativamente baixo em todo o período do estudo, considerando o patamar dos gastos públicos em outros países e os amplos desafios colocados para a União em termos de redução das desigualdades no caso da federação brasileira.

Figura 7.2.– Evolução dos gastos per capita do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde de 1995 a 2002.



Fonte: SPO/SE/MS (recursos empenhados); IBGE- dados populacionais. Elaboração própria.

Nota: A atualização para valores de dezembro de 2004 foi feita pelo IPCA/IBGE, acumulado a cada ano.

A análise da evolução dos gastos do Ministério da Saúde em termos de percentual do PIB, realizada por Ribeiro et. al (2005), igualmente evidencia oscilações importantes até o ano de 1999, assim como sugere que não houve aumentos substantivos do gasto federal em saúde no período do estudo, visto que este sempre se situou entre 1,59 % do PIB (o pior ano foi 1996) e 1,90% do PIB (nos melhores anos da série, que foram 1995 e 2001).

Os dados apresentados até aqui sugerem que, grosso modo, após 1999 há uma relativa estabilidade nas fontes de recursos e na execução orçamentária do Ministério da

gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde pouco aumentaram no conjunto do período em termos reais. A escolha do indexador mais adequado para este tipo de estudo representa um freqüente motivo de polêmica entre pesquisadores da área e destes com as autoridades sanitárias.

Saúde, em comparação com o período anterior. A análise conjunta dessas informações com a discussão referente à condução da política de saúde e às fontes de receitas permite sugerir três diferentes momentos no que concerne à estabilidade do financiamento federal no período do estudo: (a) um momento de alta instabilidade (1990 a 1996), em face da não implementação do OSS, oscilação de fontes, não vinculação de receitas e atrasos ou contingenciamento nos repasses; (b) um momento de média instabilidade (1997 a 1999), em face do início da CPMF, decorrente da luta anterior do Ministro Jatene e demais atores setoriais por uma fonte especializada; (c) um período de menor instabilidade (2000 a 2002), propiciado pelos movimentos anteriores, pela aprovação da EC nº 29/00 após ampla mobilização setorial e pela posição política privilegiada do Ministro Serra no Governo Federal⁴⁵⁴.

No entanto, os ganhos relativos em termos de estabilidade do aporte de recursos ao final do período do estudo (em comparação com a conjuntura de extrema adversidade do início da década), não significam aumento expressivo no montante de recursos federais para a saúde e tampouco sua suficiência para o atendimento das necessidades de saúde da população. Como demonstram as figuras 7.1 e 7.2., isso não parece ocorrer mesmo após a aprovação da EC nº 29/00, talvez porque esse não tenha sido o objetivo central da emenda, segundo os próprios dirigentes do Ministério da Saúde.

Como já foi dito, a universalização do direito à saúde e a implantação do SUS a partir de 1990 pressupunham a expansão de ações e serviços de saúde e de gastos públicos, e portanto, seria desejável um aumento do esforço financeiro federal para dar conta da expansão do acesso e da redução das desigualdades, considerando as características da federação brasileira, mesmo no contexto de descentralização político-administrativa. Nesse sentido, um outro aspecto importante para a compreensão do comprometimento federal com o financiamento da saúde diz respeito à evolução da participação do Ministério da Saúde no total do gasto público em saúde, que será tratado no próximo tópico.

Participação do Ministério da Saúde no gasto público em saúde

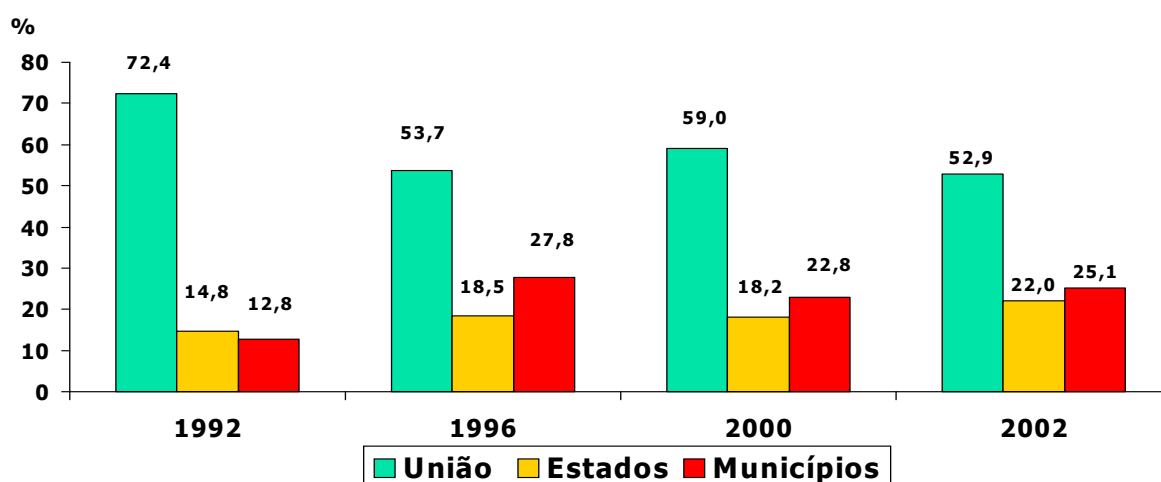
O financiamento federal é fundamental para a garantia do direito à saúde no âmbito nacional em países federativos, com o objetivo principal de promoção da equidade. Não é por acaso que o movimento sanitário brasileiro e a legislação do SUS valorizam a participação da União no financiamento. A diretriz de descentralização político-

⁴⁵⁴ A questão da força política do Ministro e sua potencial candidatura à sucessão da Presidência da

administrativa não exige a União de seu papel financiador. Ao contrário, o adequado aporte de recursos de origem federal (arrecadados e redistribuídos pela União) é um dos requisitos fundamentais para que o processo de descentralização seja virtuoso em uma federação como a brasileira, extremamente heterogênea e desigual.

A Figura 7.3. apresenta a participação das três esferas de governo no gasto público em saúde em anos selecionados do período do estudo.

Figura 7.3. – Evolução da participação das três esferas de governo no gasto público em saúde – anos de 1992, 1996, 2000 e 2002.



Fonte: Anos 1992, 1996 e 2000 – Faveret (2003); Ano 2002 – SIOPS/MS.

Observa-se entre 1992 e 2002 uma redução expressiva da participação federal no gasto público em saúde, um aumento muito importante da participação dos municípios, que praticamente dobra no período e um menor incremento na participação dos estados. Chama a atenção a acentuada queda na participação relativa da União entre 1992 e 1996, nos primeiros anos de implantação do SUS, coincidente com a fase de maior instabilidade das fontes de receitas e de aporte de recursos federais. Entre 1996 e 2000, observa-se um aumento na participação da União, o que pode ter alguma relação com os dados apresentados anteriormente, de relativa redução da instabilidade federal em relação ao período anterior. Entre 2000 e 2002, já na vigência das alterações introduzidas pela Emenda Constitucional nº 29/00, observa-se uma redução da participação relativa da União e o aumento na participação dos estados e municípios. Isso corrobora a visão de entrevistados desta pesquisa de que o objetivo central da EC 29 seria o aumento do comprometimento dos estados, bem como a opinião de especialistas da área de que a

fórmula final da emenda em relação ao compromisso da União – a vinculação à variação do PIB nominal - não seria a mais favorável ao incremento de recursos federais para a saúde.

Como os dados se referem à esfera de origem dos recursos (e **não** à esfera que executa os gastos após as transferências intergovernamentais do SUS), a expressiva redução da participação da União levanta a hipótese de que junto à acentuada descentralização de serviços, atribuições e recursos financeiros federais para estados e municípios tenha ocorrido no período também uma descentralização da responsabilidade sobre o gasto público em saúde. Isso alerta para dois tipos de riscos. O primeiro é que tenha ocorrido em alguma medida o fenômeno de *cost-shifting* descrito pela literatura internacional. Ou seja, em um contexto de restrições fiscais no âmbito do Estado Nacional, a descentralização pode ter sido usada como uma estratégia de deslocamento da responsabilidade sobre o gasto social para as esferas subnacionais, que nem sempre têm condições de assumir tais encargos.

De fato, a responsabilidade de financiamento das ações e serviços de saúde é um motivo freqüente de conflito entre as esferas de governo no período do estudo, de forma explícita ou implícita. Por exemplo, mesmo ao final da década, na fase de negociações relativas à vinculação de recursos para a saúde – que conta com amplo apoio no setor saúde – por vezes se observam tensões entre dirigentes federais e estaduais, seja pela alegação dos primeiros de que os estados não estariam cumprindo o seu papel no financiamento setorial, seja pelo receio dos últimos de uma retração na responsabilidade federal no financiamento.

O segundo grupo de riscos decorrentes da redução da participação da União nos gastos públicos concerne às limitações ao seu papel de promoção da equidade em saúde, que depende da sua função arrecadadora e redistribuidora de recursos (em suas várias formas).

É claro que a melhor interpretação desses dados requer a consideração das mudanças no âmbito do federalismo fiscal, cuja análise foge ao escopo desse trabalho⁴⁵⁵. Cabe apontar que após a Constituição de 1988 acentua-se o processo de descentralização tributária que já vinha ocorrendo nos anos 80. Assim, há uma importante descentralização das competências tributárias, com ampliação do papel das esferas subnacionais na

⁴⁵⁵ Para uma discussão mais aprofundada das mudanças no sistema tributário brasileiro nos anos 90 ver Prado et. al (2003); das relações entre federalismo fiscal e financiamento da saúde, ver os trabalhos de Dain et al (2001), Faveret (2002) e Lima (2005).

arrecadação tributária e de sua autonomia na gestão de impostos, assim como mudanças no sistema de partilha tributária, como um aumento das transferências federais sem condicionalidades, o que em conjunto permite caracterizar o sistema tributário brasileiro atual como um dos mais descentralizados do mundo (Prado et. al, 2003). Mesmo que isso possa explicar em parte a redução da participação da União e o aumento da participação das esferas subnacionais no gasto público em saúde, não elimina as preocupações em relação às implicações dessas mudanças.

Isso porque, como ressalta Lima (2005) a partir de abrangente revisão da literatura especializada, o sistema tributário vigente no Brasil apresenta uma série de distorções, tais como: (a) o processo de descentralização tributária não conta com um planejamento da descentralização de encargos, levando a desequilíbrios fiscais e conflitos intergovernamentais; (b) o relativo desinteresse da União na arrecadação de impostos gerais partilhados e um aumento desordenado das contribuições sociais e das estratégias de contingenciamento de recursos da Seguridade; (c) o reforço da função da União em relação aos estados na realocação de recursos com potencial de equalização, fragilizando as relações entre estados e municípios; (d) a grande dependência dos municípios em relação às transferências federais, que em parte tem relação com o perfil dos municípios na federação brasileira; (e) a falta de um planejamento integrado das transferências nos diversos subsistemas do sistema de partilha dos recursos redistributivos no Brasil.

Para a autora, tais distorções dificultam a correção de assimetrias e prejudicam a atribuição federal de redistribuição e compensação das desigualdades, com implicações adversas também para o financiamento da política de saúde (Lima, 2005).

Ainda que tenha ocorrido uma expressiva redução da participação federal no financiamento da saúde entre 1992 e 2002, no final desse período a União ainda era responsável por um pouco mais de 50% do gasto público em saúde. Cabe então discutir brevemente *como, aonde e em que* esses recursos foram executados no período, à luz do que seriam as finalidades de atuação do Ministério da Saúde. Tal caracterização pode ser feita em duas vertentes, que serão tratadas nos dois próximos itens: (a) a da forma de execução dos recursos, que envolve os critérios e mecanismos de financiamento (por exemplo, pré-pagamento *versus* pós-pagamento; execução federal direta *versus* transferências intergovernamentais); (b) a alocação de recursos do MS (entre áreas, categorias de despesa e regiões do país).

Forma e lógica de execução dos recursos federais

O marco legal do SUS explicita a descentralização político-administrativa como uma das diretrizes organizativas do novo sistema, pressupondo a transferência de atribuições, serviços, recursos e poder da esfera federal para estados e municípios.

No que tange ao financiamento da saúde, isso não significa uma redução do compromisso da União, mas sim implica compatibilizar o papel da esfera federal (de arrecadação, redistribuição e redução das desigualdades) com critérios e mecanismos de descentralização dos recursos federais, fundamentais para que as outras esferas de governo possam desempenhar de forma adequada as suas novas atribuições na gestão do sistema. Tal lógica difere bastante da situação anterior ao SUS, de centralização da execução financeira pelas autoridades sanitárias nacionais (o INAMPS e o antigo Ministério da Saúde), com eventuais repasses de recursos federais para estados e municípios por meio de convênios.

Nesse sentido, a Lei Orgânica da Saúde e sua Lei Complementar procuram valorizar a importância das transferências diretas de recursos federais da saúde para estados e municípios, bem como estabelecer algumas condições gerais para nortear tais transferências, como a necessidade de criação de fundos de saúde nas três esferas de governo, e a proposição de critérios para definição de repasses federais⁴⁵⁶. A partir de 1991, as Normas Operacionais do SUS regulam o processo de descentralização, principalmente no que diz respeito ao papel das três esferas de governo e critérios para a transferência de recursos federais para estados e municípios⁴⁵⁷. Tanto as NOs como diversas portarias federais nos anos 90 e início dos anos 2000 alteram profundamente as relações intergovernamentais em saúde, inclusive no âmbito financeiro.

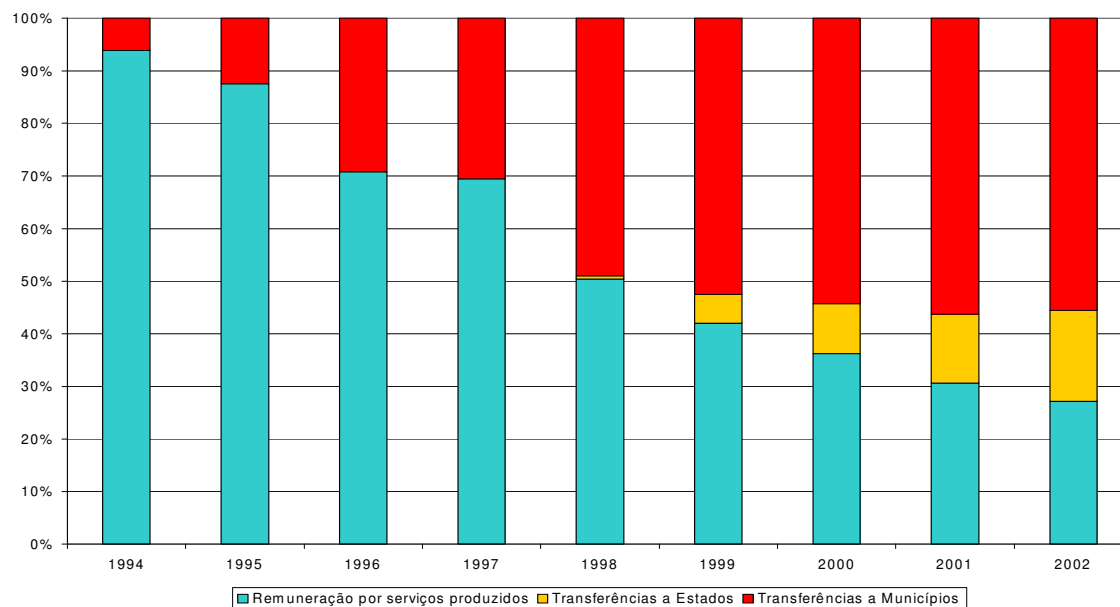
A mudança de uma situação de execução centralizada de recursos federais para uma situação de maior descentralização desses recursos, prevista na legislação do SUS, é amplamente condicionada pelo ritmo e pelos modelos de descentralização em saúde

⁴⁵⁶ O artigo 35 da LOS define que o estabelecimento de valores a serem transferidos aos estados e municípios deveria considerar os seguintes critérios: I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características da rede de saúde; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro; V - participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. O artigo aponta ainda que metade dos recursos destinados a estados e municípios deveria ser distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio (Brasil, 1990).

⁴⁵⁷ Em artigo em co-autoria com Eduardo Levcovitz e Luciana Lima (Levcovitz et al, 2001) já realizou-se um balanço do papel das NOs nos anos 90. Essa questão também foi abordada em capítulos anteriores.

adotados no período do estudo⁴⁵⁸. A figura 7.4. mostra a evolução da transferência direta de recursos federais para outras esferas de governo entre 1994 e 2002.

Figura 7.4.– Evolução da descentralização dos recursos do Ministério da Saúde de 1994 a 2002 (situação no mês de dezembro de cada ano).



Fonte: 1994 e 1995- SAS/MS; 1996 a 2002. Ministério da Saúde – SIA/SUS, SIH/SUS e Fundo Nacional de Saúde (dados disponíveis em www.datasus.gov.br). Elaboração própria.

Apesar das definições da Constituição e da LOS, apenas em 1994 têm início as transferências automáticas (ou “fundo a fundo”) de recursos federais para os municípios, que alcançam mais de 30% dos recursos federais em 1997, último ano de vigência da NOB/93. Com o início da implantação da NOB/96 em 1998, ocorre uma aceleração na transferência direta de recursos para os municípios e o início das transferências para os estados. Ressalte-se entretanto, que é apenas em 1999 que pela primeira vez o volume de transferências intergovernamentais ultrapassa o montante de recursos executados pelo Ministério da Saúde para pagamento por serviços prestados. Em dezembro de 2002, ao fim do período do estudo, mais de 70% dos recursos federais foram diretamente transferidos a estados e municípios. Ainda assim, chama a atenção, que após 12 anos de implantação do SUS, quase 30% dos recursos federais para financiamento das ações e serviços de saúde ainda correspondessem a pagamentos diretos do Ministério da Saúde a prestadores.

Há ainda outros recursos federais diretamente executados (não incluídos na Figura 7.4), como os correspondentes ao pagamento de pessoal, de dívidas e investimentos diretos.

⁴⁵⁸ A política de descentralização já foi analisada no Capítulo 5.

É claro que o crescimento das transferências intergovernamentais representa um avanço da política de saúde nos anos 90, ao substituir antigas formas de repasse vinculadas à produção ou ao estabelecimento de convênios e fortalecer o papel de estados e municípios na gestão do SUS. Ademais, tal crescimento sinaliza mudanças importantes no padrão de atuação do Ministério da Saúde no financiamento. Para a melhor compreensão dessas mudanças, é importante considerar os critérios que definem os montantes e a lógica das transferências.

Uma primeira observação a ser feita é que o aumento progressivo das transferências intergovernamentais é acompanhado por um aumento das regras para a aplicação dos recursos federais, por meio de condicionalidades ou vinculações dos recursos a áreas ou a programas federais específicos. Ou seja, o poder do Ministério de comprador de serviços e executor direto de recursos é progressivamente substituído pelo poder de direcionamento da aplicação desses recursos por estados e municípios de acordo com decisões tomadas no âmbito nacional. Os mecanismos financeiros, atrelados à emissão de normas, configuram uma nova forma de expressão das prioridades federais e uma potente estratégia de regulação federal sobre a política de saúde em face do processo de descentralização.

A regulação do Ministério da Saúde sobre o montante e a aplicação dos recursos federais transferidos no período do estudo se dá por quatro estratégias principais⁴⁵⁹: (a) as condições e os requisitos para a efetivação das transferências; (b) os critérios de definição, o parcelamento e a gestão de tetos financeiros; (c) o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC); (d) a administração da tabela de remuneração de prestadores.

As normas operacionais a partir de 1993 condicionam as transferências “automáticas” de recursos federais a um processo de habilitação de municípios e de estados a determinadas condições de gestão, definidas segundo critérios que indiquem a sua capacidade de assumir as funções gestoras sobre o sistema de saúde em sua esfera de governo. O Ministério da Saúde tem um grande poder na definição dessas regras – que são negociadas com estados e municípios – e na avaliação técnica para os processos de habilitação, que são submetidos à CIT para homologação. Uma vez habilitados às condições de gestão mais avançadas, municípios e estados podem receber os recursos federais de forma automática a cada mês. No entanto, a continuidade das transferências depende do cumprimento de certos requisitos especificados nas normas e portarias

⁴⁵⁹ Essas estratégias já foram discutidas em trabalho anterior da autora (Machado, 2002).

federais. Do contrário, os municípios e estados podem estar sujeitos à interrupção das transferências federais fundo a fundo (o que na prática dificilmente ocorre).

Essa lógica de habilitação foi aplicada inicialmente aos recursos da assistência à saúde, cujo processo de descentralização se inicia em 1994, na vigência da NOB/93. Apesar dos esforços expressos na NOB 01/96 de integração dos diversos campos de atenção à saúde, na prática a descentralização dos recursos da assistência, da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária ocorre em ritmos diferentes e segue processos separados, embora todos envolvam regras e condicionalidades para o reconhecimento da capacidade gestora de estados e municípios e a conseqüente transferência de recursos federais.

Decorre daí a importância de se discutir um segundo aspecto: os critérios de financiamento federal, que têm implicações para a definição dos tetos financeiros de estados e municípios e, portanto, do montante e da lógica das transferências.

Ressalte-se que a definição de tetos financeiros de recursos federais para os estados e municípios representa um importante mecanismo de regulação pelo lado da oferta, à medida que limita a expansão de ações e serviços do SUS a serem custeados com verbas federais. O estabelecimento de tetos financeiros para os estados na primeira metade dos anos 90 inicialmente se baseou na série histórica de gastos, tendendo a reproduzir as distorções e iniquidade na oferta de serviços no SUS, que persistem até hoje.

Ao longo da década de 90, foram feitos diversos ajustes nesses tetos, gerais ou específicos, em função de emendas parlamentares ao orçamento da saúde (às vezes, direcionadas para algumas regiões/ estados), ampliação de ações e serviços, ajustes lineares ou pontuais na tabela de remuneração de prestadores e mudanças nos critérios de financiamento do SUS, como a introdução de mecanismos de financiamento *per capita* e de diversos incentivos vinculados. Já a definição de tetos financeiros de municípios cabe às Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) em cada estado, e na maior parte dos estados só é feita à medida que se iniciam as habilitações de municípios para recebimento de recursos fundo a fundo, o que ocorre a partir de 1994, estando sujeita aos mesmos tipos de ajustes descritos para os tetos dos estados.

Mesmo com a existência de tetos por estados e parte dos municípios, a execução predominantemente centralizada dos recursos permitia ao gestor federal certa flexibilidade na sua aplicação, com possibilidade de remanejamentos entre prestadores e entre unidades da federação. Com o progressivo aumento das transferências fundo a fundo, os critérios para a definição e composição dos tetos assumem caráter estratégico, por dois motivos

principais. O primeiro é que na prática o teto corresponde ao montante de recursos federais a serem transferidos automaticamente para os municípios ou estados habilitados para tal. O segundo é que a flexibilidade do Ministério da Saúde na gestão dos tetos diminui e o seu poder de regulação sobre a aplicação de recursos federais passa a depender dos critérios definidos *a priori* para a composição dos tetos e utilização dos recursos.

Assim, há três diferentes momentos no que tange à lógica de execução dos recursos federais. Um primeiro momento, de 1990 a 1994, em que predomina o pagamento por produção de serviços e a execução centralizada dos recursos, não havendo transferências automáticas fundo a fundo para estados e municípios.

Um segundo momento, do final de 1994 a 1997, em que as transferências federais para os municípios habilitados na condição de gestão mais avançada da NOB 93 – a gestão semiplena - correspondem aos tetos definidos no âmbito das CIBs dos estados, baseando-se eminentemente na série histórica de gastos dos municípios com assistência⁴⁶⁰, que por sua vez é influenciada pela oferta pré-existente de serviços. Como se pode imaginar, esse tipo de critério não é favorável à redução das desigualdades em saúde. Por outro lado, ressalte-se que essas transferências podem ser caracterizadas como transferências “em bloco” (“block grants”)⁴⁶¹, sendo que os poucos municípios que passam a receber esses recursos no período, a princípio, têm ampla autonomia para a sua gestão.

Em um terceiro momento, entre 1998 e 2002, são adotados novos critérios de financiamento, ao mesmo tempo em que muda a lógica das transferências, que passam a ser compostas por várias parcelas, ligadas a diferentes objetivos e condicionalidades. Destaque-se que somente em 1998, oito anos após a LOS, adota-se pela primeira vez no âmbito nacional um mecanismo de transferência de recursos federais baseado em uma lógica *per capita*, o Piso de Atenção Básica (o PAB), que representa uma importante inovação no financiamento da saúde. O PAB tem um componente fixo – o PAB fixo – calculado a partir de um valor *per capita* simples de tendência igualitária no âmbito

⁴⁶⁰ Além de possíveis critérios adicionais definidos nos estados (por exemplo, incentivo às primeiras habilitações).

⁴⁶¹ Faveret (2002) apresenta os conceitos de “*block grants*”, “*project grants*” e “*formula grants*” à luz da revisão da literatura internacional sobre federalismo fiscal. A noção de “*block grants*” remete à transferência de recursos em bloco para o financiamento de grandes áreas, como social, educação, saúde, com maior autonomia das esferas subnacionais para a aplicação dos recursos, que predomina na maior parte dos países federativos. As “*project grants*” correspondem a transferências para projetos específicos. Já a noção de “*formula grants*” se refere à transferências que podem ter por base a população ou recursos alocados por fórmulas baseadas na população ou na renda *per capita* e que são destinados a objetivos ou atividades específicas, freqüentemente com condicionalidades, como contrapartida ou planos de ação. A adoção desse tipo de transferências se relaciona a uma visão de que a esfera federal tem que ter responsabilidade e controle sobre os recursos transferidos. Ver a propósito, Faveret (2002, p. 42).

nacional (R\$10,00 para a maior parte dos municípios)⁴⁶² e destinado ao financiamento das ações de atenção básica.

Já o componente variável do PAB é formado por várias parcelas, que seguem lógicas diversas, em geral destinadas a ações ou programas específicos. O principal incentivo do PAB variável é o referente aos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, calculado em função do número de equipes cadastradas e de cobertura populacional, sendo o montante de sua transferência dependente de adesão dos municípios a essa estratégia. Outro incentivo implantado ainda em 1998 é PAB-VISA, destinado ao desenvolvimento de ações básicas de vigilância sanitária pelos municípios, de pequeno valor *per capita* (de R\$ 0,25), uniforme para todo o território nacional, portanto, com caráter igualitário. A partir de 2000, é definida no âmbito da ANVISA uma segunda estratégia para financiamento federal de ações de vigilância sanitária de média e alta complexidade, com o cálculo das transferências para os estados sendo feito a partir de uma composição de critérios⁴⁶³.

No que diz respeito às ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças, ao final de 1999 é adotada uma metodologia de definição de tetos para a descentralização de recursos de caráter mais sofisticado e equitativo, que compreende a estratificação de estados e a combinação de critérios que consideram a população, área geográfica, perfil epidemiológico e capacidade de renda diferenciada dos estados dos quatro grupos, de forma a privilegiar os estados da Amazônia Legal, em contraposição a estados como São Paulo e Rio Grande do Sul.

Portanto, nesse terceiro período, de 1998 a 2002, observam-se dois movimentos simultâneos. O primeiro é a implantação de mecanismos de equalização, como o PAB fixo e outros, que embora importantes, não são suficientes para reverter a lógica de transferências fortemente influenciadas pela oferta/ produção. O segundo é o aumento da compartimentalização das transferências que, como destaca Faveret (2002), funcionam cada vez mais como “*formula grants*” em oposição aos “*block grants*”, ao imporem condicionalidades para a aplicação dos recursos. A partir de 1998, o parcelamento ocorre tanto em grandes blocos – entre assistência, vigilância epidemiológica e vigilância

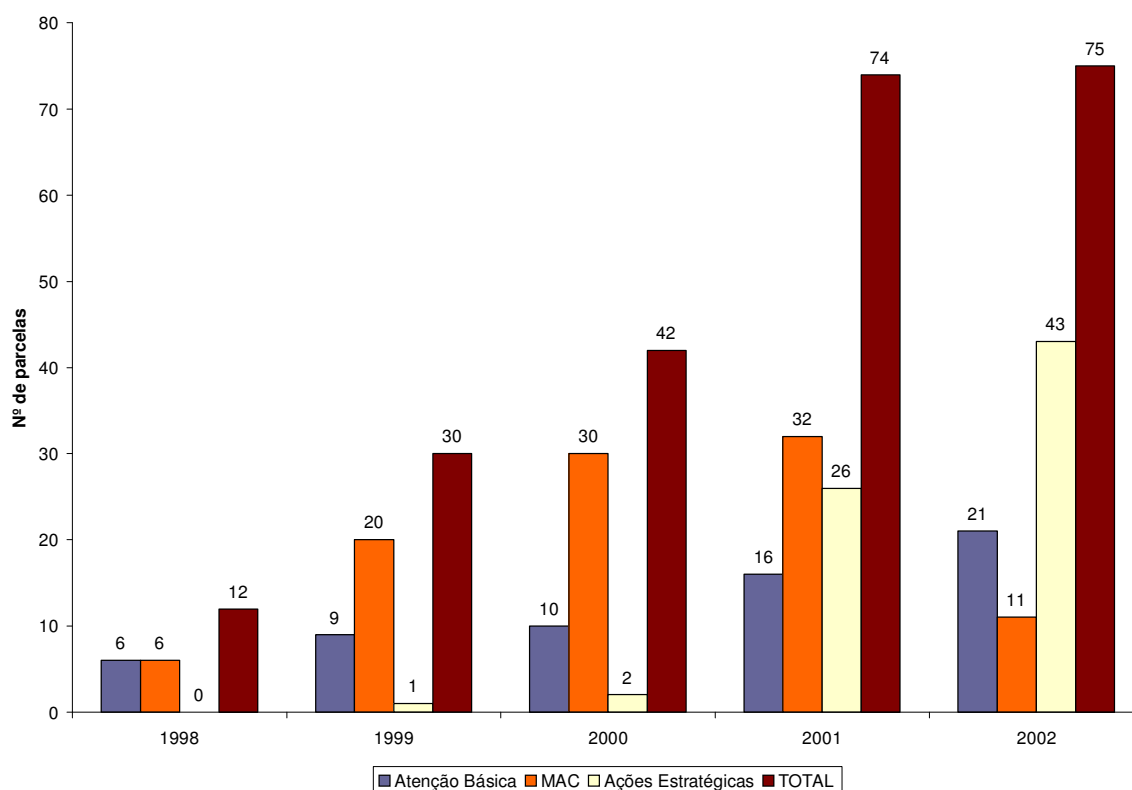
⁴⁶² Para municípios que já gastavam mais de R\$ 10,00 per capita com os procedimentos que passam a compor a relação do PAB fixo, esse valor é calculado de acordo com a média do gasto com esses procedimentos, chegando até um limite máximo de R\$18,00.

⁴⁶³ A lógica de financiamento das ações de média e alta complexidade de Vigilância Sanitária é mista: há uma parte definida por valor per capita (inicialmente de R\$0,15, devendo os estados repassarem R\$0,06 per

sanitária; ou entre atenção básica, média e alta complexidade - como no interior de cada bloco.

Portanto ao mesmo tempo em que aumenta o volume das transferências, os tetos financeiros de estados e municípios são divididos em um número cada vez maior de parcelas, que chegam a 75 no ano 2002, como demonstra a Figura 7.5. abaixo:

Figura 7.5. – Evolução do número de parcelas das transferências financeiras do Ministério da Saúde a estados e municípios de 1998 a 2002.



Fonte: Ministério da Saúde – SIA/SUS, SIH/SUS e Fundo Nacional de Saúde. Elaboração própria.

A existência desse grande número de parcelas, com objetivos e lógicas distintas, se por um lado expressa o esforço federal de induzir programas nacionais, por outro lado restringe enormemente a autonomia dos estados e municípios nas decisões sobre a política e dificulta sobremaneira a gestão dos recursos transferidos, representando uma queixa freqüente dos gestores de outras esferas.

A partir de 1999, outra estratégia relevante de regulação federal sobre a aplicação de recursos transferidos que merece destaque é a instituição do Fundo de Ações

capita para os municípios qualificados) e uma parte calculada segundo a arrecadação de taxas em cada UF, sendo considerado ainda um piso mínimo para todas as UFs (Lucchese, 2001).

Estratégicas e Compensação, o FAEC. Esse fundo federal é criado com o objetivo inicial de privilegiar o financiamento de ações estratégicas definidas no nível federal, cujos recursos não estão contidos nos tetos dos estados e municípios, funcionando como recursos “extra-teto”. Quanto à origem dos recursos que constituem o FAEC, a princípio este fundo é composto tanto por recursos não executados no custeio da assistência (“as sobras dos tetos”) como por novos recursos federais, alocados especificamente para o FAEC, com vista à ampliação de sua abrangência.

Quanto à destinação dos recursos, inicialmente o FAEC se volta para a indução do aumento de oferta de poucas ações estratégicas, tais como as atividades relacionadas aos sistemas de transplantes e campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde (por exemplo, as de cirurgia de catarata e de controle do câncer de colo de útero), sem que a realização dessas ações pese sobre os tetos financeiros de estados e municípios (pagamento “extra-teto”).

Entre 1999 e 2002 são acrescentadas novas ações para financiamento pelo FAEC, que sofre mudanças qualitativas, relacionadas à sua finalidade e escopo. Aos poucos, diversas ações de alta complexidade e alto custo passam a ser financiadas com recursos desse fundo federal. Tal inclusão da alta complexidade, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, MS/SAS, 2002) tem o objetivo de flexibilizar a alocação dos recursos pelo gestor federal, possibilitando por um lado, o remanejamento de recursos entre áreas e entre estados para atendimento de pressões de demanda, e por outro, o pagamento de ações que não estão disponíveis em todos os estados, que de outra forma pesariam sobre os tetos dos estados de referência.

Em consequência, entre 1999 e 2002 houve uma expressiva expansão dos recursos do FAEC, por meio de novos aportes de recursos, mas também da retirada de recursos dos tetos estaduais e municipais⁴⁶⁴. Ao final de 2002, o FAEC estava dividido nos seguintes componentes de financiamento, com lógicas diferenciadas (Souza, 2003):

- (a) Ações estratégicas, ou seja, aquelas cuja ampliação da oferta o MS quer induzir – há apenas um limite financeiro nacional global para o custeio dessas ações, cuja realização não é computada dentro dos limites financeiros de estados e municípios.
- (b) Incentivos específicos destinados a: hospitais filantrópicos (INTEGRASUS); estados e municípios para a descentralização das unidades da FUNASA e assistência hospitalar a populações indígenas.

- (c) Novas ações programáticas, para as quais o MS não possui série histórica que permita o estabelecimento de limites, temporariamente, até que seja possível definir limites financeiros para o seu pagamento.
- (d) Ações de alta complexidade, para as quais existe estimativa de limites financeiros para estados e municípios, porém o Ministério assume a atribuição de regulação do financiamento de procedimentos de alta complexidade para pacientes que vivem em estados em que não existem tais serviços.

A operacionalização do pagamento das ações financiadas pelo FAEC apresenta a peculiaridade de ser feita em geral pós-produção. Assim, mesmo os municípios e estados habilitados às condições mais avançadas de gestão, no caso de procedimentos do FAEC, recebem em seus fundos apenas os recursos correspondentes à produção efetivamente realizada, para então remunerarem os prestadores⁴⁶⁵.

A existência desse fundo federal de recursos representa um mecanismo importante de regulação da política pelo gestor federal do SUS, à medida que permite em algumas situações: (a) o pagamento de ações estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde, por fora dos tetos de estados e municípios; (b) o remanejamento de sobras; (c) a cobertura de eventual extrapolação de tetos por estados e municípios; e (d) a remuneração de atendimento fora do estado de origem dos pacientes.

Não é por acaso que, como reconhece o então Secretário de Assistência à Saúde (Souza, 2003), a criação do FAEC foi interpretada e criticada por alguns gestores estaduais e municipais como uma estratégia de recentralização dos recursos da assistência, uma vez que representa a introdução de um mecanismo de financiamento assumido diretamente pelo Ministério da Saúde, em um sentido oposto ao aumento das transferências automáticas que vinha ocorrendo. Em certo sentido, o FAEC é mais uma expressão do novo modo de regulação do Ministério da Saúde sobre a política por meio do financiamento, mas leva isso ao extremo, ao se constituir em um fundo federal explicitamente destinado à viabilização de prioridades federais e em parte baseado no pagamento pós-produção (mesmo que com transferência dos recursos entre fundos). Souza (2003) admite que a estratégia do FAEC só não foi inviabilizada porque contou com novos

⁴⁶⁴ O montante de recursos do FAEC geridos pelo Ministério da Saúde sobre de R\$ 403 milhões em 1999 para R\$ 2,19 bilhões em 2002, segundo dados da SAS/MS apresentados em Souza (2003).

⁴⁶⁵ No início de 2001, foi publicada pelo Ministério da Saúde uma polêmica portaria que conferia ao gestor federal a responsabilidade pelo pagamento direto aos prestadores de todos os procedimentos financiados pelo FAEC, mesmo no caso de estados e municípios habilitados. Entretanto, face à posição contrária de estados e municípios e às negociações entre os gestores das três esferas, essa portaria não chegou a vigorar.

recursos para a sua implementação, o que funcionou como um atrativo para os demais gestores. Ademais, a possibilidade de separar dos tetos o financiamento de ações de alta complexidade e custos crescentes, que estrangulam o financiamento das demais ações – como a Terapia Renal Substitutiva – pode ter soado favorável para alguns estados.

Na realidade, grande parte das decisões referentes ao FAEC é tomada no âmbito interno do Ministério da Saúde. E, mesmo no caso das questões levadas para debate com os representantes nacionais de estados e municípios, os demais gestores oscilam no período entre a crítica à “recentralização” representada pelo FAEC e a possibilidade de relativo alívio às restrições financeiras em um contexto de recursos escassos.

Uma última estratégia federal de regulação da política de saúde por meio do financiamento utilizada no período de 1990 a 2002 é a administração da tabela nacional de remuneração dos prestadores. Tal estratégia na realidade representa uma releitura de uma antiga prática de regulação pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/INAMPS, que já utilizava as tabelas nacionais de remuneração de serviços nos anos 80, para remuneração direta pela esfera federal de prestadores privados contratados/conveniados⁴⁶⁶. No início da década de 90, essas tabelas também passaram a ser aplicadas para o pagamento da produção dos prestadores públicos.

A princípio, poderia se pensar que o aumento das transferências federais automáticas a partir de 1994 levaria a uma redução da importância das tabelas nacionais de remuneração dos serviços, caso os gestores municipais e estaduais pudessem utilizar livremente os recursos transferidos. Entretanto, no que diz respeito ao relacionamento gestor-prestador de serviços, as tabelas nacionais de remuneração de serviços ambulatoriais e hospitalares continuam a representar instrumentos importantes de orientação da remuneração dos serviços ao longo do período do estudo, pelos seguintes motivos: (a) ao final de 2002, cerca de 30% dos recursos federais ainda eram pagos diretamente pelo gestor federal aos prestadores, segundo a produção aprovada pelos gestores estaduais; (b) mesmo os gestores municipais e estaduais habilitados utilizam a tabela nacional como referência para a remuneração dos prestadores, ainda que a prática de complementação da tabela seja comum em várias localidades do país; (c) os gestores municipais e estaduais têm a obrigação de alimentar os sistemas de informações nacionais

⁴⁶⁶ Os mecanismos de remuneração dos prestadores variaram ao longo da história do sistema de saúde. Para fins deste texto, estamos nos referindo aos mecanismos de pagamento mais próximos aos atuais, que compreendem o pagamento de serviços ambulatoriais por ato e pós-produção e o pagamento de serviços hospitalares, segundo valores pré-estabelecidos por tipo de atendimento/diagnóstico, também pós-produção.

de produção, o SIA-SUS e o SIH-SUS, que são organizados a partir do conteúdo dessas tabelas.

Assim, pode-se dizer que a administração das tabelas nacionais de remuneração constitui uma potente estratégia de regulação da política de saúde pelo gestor federal no período do estudo, seja pelo relacionamento direto com prestadores, seja mediante influências sobre os gestores estaduais e municipais. Isso se dá por meio de: (a) inclusão e exclusão de procedimentos; (b) criação de procedimentos especiais e/ou temporários; (c) detalhamento das condições de realização do procedimento, visando influenciar a organização de serviços e redes; (d) ajustes lineares ou seletivos nos valores dos procedimentos, visando induzir a sua maior oferta/ realização pelos prestadores de serviços públicos e privados, com repercussões financeiras sobre os tetos.

Ressalte-se que a administração das tabelas nacionais de remuneração dos prestadores pelo gestor federal frequentemente é objeto de polêmica e conflitos entre gestores, em geral relacionados ao estabelecimento dos valores de remuneração dos procedimentos⁴⁶⁷ e à possibilidade de complementação nesses valores pelos gestores municipais e estaduais habilitados em condições de gestão mais avançadas⁴⁶⁸. Entidades representativas dos prestadores privados com frequência também pressionam para aumentos nas tabelas de remuneração.

Em síntese, com o aumento das transferências fundo a fundo para estados e municípios, o Ministério da Saúde procura preservar o poder de indução e regulação de políticas por meio de novos mecanismos e instrumentos de financiamento federal. Em outras palavras, o Ministério da Saúde adota novas estratégias com vistas a manter um certo poder de decisão sobre a utilização de recursos federais, mesmo sobre aqueles sob

⁴⁶⁷ São freqüentes as *críticas aos baixos valores estabelecidos pelo gestor federal* para diversos procedimentos, tanto por outros gestores como pelos prestadores de serviços, que pressionam os gestores locais por melhoria na remuneração dos serviços. A inexistência de sistemas confiáveis de avaliação de custos dificulta tanto a fixação de valores adequados, como a análise quanto à pertinência ou não desse tipo de crítica, tornando frágil o posicionamento dos gestores do SUS na negociação com os prestadores de serviços.

⁴⁶⁸ A prática de complementação da tabela por municípios e estados que recebem recursos federais fundo a fundo tem levado a dois tipos de posicionamento. Há os que defendem que os gestores locais devem ter autonomia para a fixação de valores de remuneração; outros alegam a necessidade da existência de uma tabela nacional única, com valores adequados, seja pelas dificuldades dos gestores locais lidarem com as pressões dos prestadores privados, seja pelos problemas que os pagamentos diferenciados podem gerar para o acesso de cidadãos a serviços localizados fora de seu município de residência. Uma portaria publicada no ano de 2001 pelo Ministério da Saúde gerou polêmica e críticas dos dois grupos, ao estabelecer que a complementação de tabela pelos gestores estaduais e municipais poderia ser feita apenas com recursos próprios, mas não com recursos federais.

gestão estadual ou municipal, de forma que as prioridades nacionalmente definidas se expressem nos diversos estados e municípios.

Desta forma, reconhecendo que as decisões do Ministério da Saúde influenciam a aplicação de recursos federais de forma substantiva na maior parte do período do estudo, cabe analisar uma última dimensão do financiamento federal: a destinação de recursos do Ministério da Saúde, que pode indicar as prioridades e a direcionalidade da atuação federal.

A destinação dos recursos do Ministério da Saúde

A destinação dos recursos do Ministério da Saúde pode ser analisada em ao menos três perspectivas: (a) entre grupos de despesa; (b) entre áreas e programas da política; (c) e entre unidades da federação.

A distribuição dos recursos orçamentários do Ministério da Saúde executados de 1995 a 2001 entre grupos de despesa pode ser vista na tabela 7.3.

Tabela 7.3. – Execução orçamentária do Ministério da Saúde por principais grupos de despesa de 1995 a 2001.

Grupos de Despesa	Em percentual						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Pessoal	25,3	27,7	21,3	20,7	21,3	21,3	18,7
Ativo	16,5	16,4	13,0	11,6	12,3	11,6	10,1
Inativo	8,8	10,2	8,2	9,0	9,0	9,7	8,7
Dívida	9,2	3,5	9,5	12,1	0,8	0,7	0,9
Saúde	65,1	69,4	68,4	65,9	76,2	77,0	75,1
Outras Despesas Correntes	62,7	68,2	66,4	63,0	72,4	72,3	71,3
Ações ambulatoriais e hospitalares	49,2	55,4	51,9	49,4	54,5	55,2	54,0
- Transferências fundo a fundo	4,0	9,7	10,3	19,0	25,4	28,2	34,0
- Pagamento serviços prestados	45,0	45,7	41,6	29,9	27,9	22,6	19,6
- Outros	0,1	0,0	0,0	0,5	1,2	4,4	0,4
Demais despesas correntes	13,5	12,8	14,5	13,6	17,9	17,2	17,3
Investimentos	2,4	1,2	2,0	3,0	3,8	4,7	3,9
SUBTOTAL	99,6	99,6	99,2	98,7	98,2	98,9	94,8
Saneamento	0,4	0,4	0,8	1,3	1,8	1,1	5,2
Outras Despesas Correntes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Investimentos/ Projeto Alvorada	0,4	0,4	0,8	1,3	1,7	1,0	5,1
TOTAL GERAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - SE/SPO e SIS/CGOP-SIOPS. Elaborada por Favaret (2002, p. 135).

Observa-se que o grupo de despesas mais importante corresponde ao financiamento de ações ambulatoriais e hospitalares – que varia entre 49 e 55% do total da execução orçamentária no período-, seja por meio do pagamento de serviços prestados ou das transferências intergovernamentais. A maior parte desses recursos se destina ao custeio dos

serviços públicos e privados que integram o SUS, estando bastante comprometida com a manutenção da rede já existente. Mesmo que parte dos recursos transferidos fundo a fundo possa ser usada para outras finalidades – como investimento – o fato de que as séries históricas embasam a definição dos tetos, o caráter limitado dos recursos financeiros e as condicionalidades federais permitem supor que a maior parte dos recursos transferidos seja usada para despesas correntes.

A participação de gastos com pessoal federal também é expressiva, embora tenha se reduzido substancialmente no período, particularmente no que diz respeito aos ativos, fruto das repercussões do processo de reforma do Estado nos anos 90, que levaram a uma retração do funcionalismo federal em geral e na área da saúde em particular⁴⁶⁹. A participação do pagamento de inativos – que a princípio não deveria ser incluída no orçamento do Ministério da Saúde e não é contabilizada para efeito do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 - se mantém em patamares similares ao longo do período.

Já a participação do pagamento de dívidas, contraídas principalmente com o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) em função da instabilidade de receitas do Ministério da Saúde nos anos anteriores, é particularmente importante nos anos de 1995, 1997 e 1998⁴⁷⁰. Registre-se que o compromisso em honrar tais dívidas foi mencionado por vários entrevistados da pesquisa, inclusive como motivo de retardo para o início da implantação da NOB/96 no ano de 1997, em que a entrada de Barjas Negri na Secretaria Executiva sinaliza um movimento de organização da gestão e saneamento financeiro do Ministério da Saúde.

Os três itens – pessoal, pagamento de dívidas e despesas correntes com a rede ambulatorial e hospitalar (por pagamentos diretos ou transferências)-, somados representam cerca de 83% do orçamento em 1995, caindo para 73% em 2001. Ressalte-se que esses são grupos em que a flexibilidade de gestão é relativamente baixa. Já a participação do grupo “outras despesas correntes”, que engloba gastos com medicamentos e alguns outros programas/novas atividades, aumenta ao longo do período.

Porém, o dado que chama mais atenção é a baixa participação do item “investimentos” na execução do orçamento do Ministério da Saúde. Esse item inclui

⁴⁶⁹ Sobre a retração na quantidade e mudança no perfil do funcionalismo no período, ver Molinaro (2004). Sobre a diminuição dos servidores federais da saúde em atividade e aumento nas aposentadorias no período, ver Nogueira (2000).

⁴⁷⁰ Faveret (2002) assinala ainda que a baixa participação das dívidas na execução orçamentária nos últimos anos da série pode ter relação com mudança na metodologia de registro das dívidas do governo federal, e talvez não signifique menor endividamento da saúde.

recursos oriundos de projetos ad hoc com financiamento internacional e ainda emendas parlamentares e o aumento de sua participação no final do período estudado tem relação com o Projeto Alvorada, estratégia do Governo Federal que engloba programas selecionados de vários ministérios e no caso do Ministério da Saúde prioriza os investimentos em saneamento. Não houve, no entanto, no período do estudo um planejamento nacional de investimentos em saúde de médio e longo prazo, com critérios voltados para a promoção da equidade. A baixa participação desse item nas despesas federais, associada à inexistência de uma política abrangente nesse sentido, sugere limitações do Ministério da Saúde no desempenho do que seria uma de suas atribuições mais importantes: a realização de investimentos com o objetivo de reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços de saúde no território nacional, que por sua vez tendem a perpetuar as desigualdades na alocação de recursos, na utilização de serviços e nos indicadores de saúde. Tal aspecto é reconhecido por vários dirigentes federais do período como uma das principais lacunas e desafios de atuação do Ministério da Saúde⁴⁷¹.

A análise das despesas por programas pode iluminar um pouco mais a discussão sobre a atuação do gestor federal. Há dificuldades metodológicas para esse tipo de análise, relacionadas às mudanças na forma de agregação dos dados, bem como às mudanças nas atividades e criação de novas estruturas administrativas e programas de saúde ao longo do período de estudo.

No que se refere às grandes áreas da atenção à saúde abordadas no Capítulo 6- assistência, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária - um trabalho do IPEA referente à evolução dos gastos do Ministério entre 1993 a 1999 (Ocké-Reis et al, 2001) apresenta dados que sugerem as seguintes características: (a) um grande peso dos gastos com assistência ambulatorial e hospitalar em todo o período, sempre superior a 60% do total; (b) uma participação pequena dos gastos com controle de epidemias e endemias em relação ao total dos programas, que nunca ultrapassam 4,5% e apresentam oscilações expressivas no período, com redução nos anos de maiores dificuldades financeiras para o Ministério da Saúde; (c) uma participação muito baixa dos gastos com vigilância sanitária em relação ao total, que variam entre 0,03% a 0,64% do total, sendo o maior valor absoluto

⁴⁷¹ Conforme apontado em várias entrevistas realizadas e reconhecido em publicações elaboradas por dirigentes do período, como o Secretário Executivo e depois Ministro da Saúde, Barjas Negri (Brasil, Ministério da Saúde, 2002) e o Secretário de Investimentos em Saúde do Ministério entre 1999 e 2002, Geraldo Biasoto (Piola e Biasoto, 2001).

e participação percentual é observado em 1999, último ano do período analisado pelos autores, quando é criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

As mudanças operadas após 1998, com diversificação/fragmentação de programas e de suas estratégias de financiamento, requerem outro tipo de agregação dos dados para a sua melhor compreensão. Uma das mudanças mais significativas diz respeito ao tratamento em separado das ações de atenção básica em relação à média e à alta complexidade, que atinge as três grandes áreas de atenção, com repercussões para a gestão financeira. Considerando essa inflexão na lógica da formulação e gestão da política, a tabela 7.4. apresenta a variação da participação dos principais programas na execução orçamentária do Ministério entre os anos de 1995 e 2002.

Tabela 7.4. – Execução Orçamentária do Ministério da Saúde por Programas - Comparação entre 1995 e 2002

Em R\$ milhares de 2004 e percentual

Programas selecionados	R\$ milhares Dez/04		Composição %		Varição %
	1995	2002	1995	2002	1995/2002
Atenção básica	3.027.937	5.750.696	10,5	17,3	89,9
Atenção de média e alta complexidade	12.891.106	15.292.601	44,9	46,0	18,6
Medicamentos	818.334	1.349.189	2,9	4,1	64,9
Organismos internacionais	28.197	31.486	0,1	0,1	11,7
Auxílios e assist.médica a servidores	336.165	391.098	1,2	1,2	16,3
Manutenção administrativa	336.510	329.239	1,2	1,0	(2,2)
Projetos internacionais	439.881	861.522	1,5	2,6	95,9
Modernização de unidades de saúde	288.429	203.368	1,0	0,6	(29,5)
Saneamento básico	124.797	670.944	0,4	2,0	437,6
Programas específicos	473.025	856.217	1,6	2,6	81,0
Emendas parlamentares	-	516.877	-	1,6	100,0
Pessoal e encargos sociais	7.250.451	6.429.427	25,3	19,3	(11,3)
Dívida interna e externa	2.639.823	435.658	9,2	1,3	(83,5)
Demais Despesas	51.356	156.559	0,2	0,5	204,9
Total Geral	28.706.012	33.274.881	100,0	100,0	15,9

Fonte: Ministério da Saúde - SE/SPO e SIS/CGOP-SIOPS. Elaboração própria, a partir de planilhas disponibilizadas por Ana Cecília Faveret e pela MS/SE/SPO.

Nota: Valores atualizados pelo IPCA acumulado por ano, para dezembro de 2004.

A análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde por programas corrobora a discussão realizada nos capítulos anteriores, relativa às prioridades da agenda e campos de atuação do Ministério da Saúde, sendo que alguns dados apresentados na tabela 7.4. merecem comentário mais detalhado.

Um primeiro ponto a ser destacado é um aumento expressivo dos gastos com atenção básica no período (de quase 90%). No entanto, a análise mais detalhada da

execução orçamentária do Ministério⁴⁷² evidencia que esse aumento ocorre principalmente devido ao incentivo do PACS/PSF (que aumenta mais de 900% no período), confirmando o caráter prioritário dessa estratégia. Observa-se ainda entre 1995 e 2002 um aumento da participação de outros incentivos do PAB variável, como o referente às ações básicas de controle de endemias e a parcela destinada às imunizações, embora os gastos com esses dois subprogramas tenham apresentado oscilações no período. Já o PAB fixo, que representa a parcela isoladamente mais volumosa da atenção básica e tem caráter igualitário, praticamente não aumenta no período em termos de valores atualizados pela inflação. Isso se deve a sua fixação em um baixo valor *per capita* quando é implantado em 1998 (R\$ 10,00, para a maior parte dos municípios do país) e seu “congelamento” nos anos subsequentes, bem como é compatível com a estratégia de privilegiar a expansão de incentivos vinculados a programas.

Os gastos com assistência de média e alta complexidade sobem proporcionalmente menos no período em comparação com a atenção básica, mas continuam a representar a maior parcela do orçamento federal. A análise de outros documentos institucionais sugere que a maior expansão se dá no âmbito da alta complexidade, devido a políticas priorizadas como Terapia Renal Substitutiva/ transplantes, oncologia, entre outras⁴⁷³. Como já foi comentado, não há políticas nacionais abrangentes direcionadas para a melhoria do acesso a média complexidade na maior parte do período, salvo por meio de campanhas e programas específicos (como o controle do câncer do colo, que na tabela 7.4. é computado em “programas específicos”) e dos incipientes esforços de proposição de parâmetros para a organização da média complexidade durante os debates sobre a regionalização, porém sem repercussão efetiva sobre o financiamento.

O crescimento do item medicamentos se dá basicamente às custas dos medicamentos para DST/AIDS, face à priorização da política nacional de combate à AIDS no período, já tratada no Capítulo 5. Os gastos federais com outros medicamentos classificados como “estratégicos” (que se destinam a outros programas) parecem diminuir no período em termos reais. No entanto, há gastos com medicamentos que são computados

⁴⁷² Tal análise foi feita principalmente a partir das planilhas de execução orçamentária obtidas junto à Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde e a relatórios institucionais das várias secretarias e entidades ligadas ao MS (SE,SAS, ANVISA, ANS), assim como a partir de planilhas disponibilizadas por Ana Cecília Faveret, coordenadora do SIOPS/MS no período de 2000 a 2002.

⁴⁷³ Apesar de muitas vezes os dados de gastos com média e alta complexidade serem apresentados em conjunto (sob a sigla “MAC”), o relatório da SAS de balanço de ações do período 1998 a 2002 (MS/SAS, 2002) apresenta dados que destacam uma expansão de ações de alta complexidade e dos gastos em alguns

no orçamento de outras formas, como os referentes à farmácia básica, os de produção direta federal e os medicamentos excepcionais⁴⁷⁴.

Já o programa “Projetos Internacionais” compreende os projetos especiais financiados com recursos de agências como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, em geral voltados para investimentos em infra-estrutura, equipamentos e desenvolvimento institucional. Faveret (2002) sinaliza que no período contemplado na Tabela 7.4. foram finalizados alguns projetos desse tipo, houve expansão do projeto AIDS e foram iniciados projetos relevantes como o REFORSUS, o PROFABE e o VIGISUS⁴⁷⁵. A autora assinala ainda que, apesar dos projetos acima não representarem uma parcela muito alta dos gastos totais do Ministério (apenas 2,6%, em 2002), eles foram utilizados no período para contratação de pessoal com vínculo de consultoria para recompor, de forma precária, os quadros do Ministério da Saúde.

O Item “programas específicos”, que apresenta um crescimento expressivo no período, é composto por uma grande diversidade de atividades, de distintas naturezas, incluindo as despesas relacionadas à programas prioritários para o Ministério – como combate ao câncer de colo de útero - e as referentes às atividades finalísticas das novas agências reguladoras - a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Agência Nacional de Saúde Suplementar -, que crescem no período⁴⁷⁶.

A redução dos itens “manutenção administrativa” e “pessoal” reflete a estratégia mais geral do Governo Federal de reforma administrativa e enxugamento do aparelho de Estado. Os gastos com hospitais federais próprios (computados dentro do item de “média e alta complexidade”) também se reduzem de forma expressiva no período.

Uma última perspectiva de análise dos dispêndios federais diz respeito à análise de sua distribuição entre as unidades da federação. Considerando o papel federal de promoção

programas de alto custo (como medicamentos excepcionais, transplantes), o que sugere um maior aumento dos gastos em alta complexidade do que na média complexidade.

⁴⁷⁴ No item “medicamentos” não estão computados os gastos relacionados à produção federal de medicamentos por meio de Farmanguinhos/FIOCRUZ, que sobe ao final do período do estudo, e em parte se destina aos programas estratégicos do MS. Os gastos com farmácia básica passam a ser computados separadamente na atenção básica em 1998 e sobem até 2002. Os gastos com medicamentos excepcionais também sobem substancialmente no período do estudo, mas não estão computados no item “medicamentos” da Tabela 7.4 e sim no item “assistência de média e alta complexidade”.

⁴⁷⁵ O REFORSUS – projeto de Reforço à Reorganização do SUS- é um projeto de investimento que envolve no total mais de US\$ 500 milhões de dólares de empréstimos do Banco Mundial e do BID para a recuperação física, tecnológica e gerencial da rede de serviços de saúde no país, negociado na gestão Jatene mas com início de execução a partir de 1997. O PROFABE consiste em um projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem, já abordado no capítulo anterior. O VIGISUS é um projeto voltado para a estruturação do sistema de vigilância em saúde, iniciado em 1999.

da equidade, tal distribuição deveria estar orientada para a redução das desigualdades em saúde. Assim, a princípio seria desejável que as transferências federais fossem maiores – ao menos em termos *per capita* - para regiões e estados com maiores necessidades de saúde e renda mais baixa⁴⁷⁷. Já se sabe que a lógica de pagamento por produção de serviços, hegemônica no modelo anterior ao SUS, apontava no sentido inverso, de maior concentração de recursos em áreas mais desenvolvidas. Em que medida as mudanças operadas no financiamento federal do SUS - o crescimento das transferências intergovernamentais e os novos critérios/ incentivos de financiamento – apontam para uma reversão dessa distorção?

A diversificação e fragmentação do financiamento federal a partir de 1998 impõe desafios metodológicos para esse tipo de análise, ao mesmo tempo que a torna ainda mais fundamental. Seria possível identificar claramente a direcionalidade da ação federal em meio a proliferação acelerada de parcelas de financiamento, que seguem critérios e lógicas tão distintas?

Vários autores têm desenvolvido metodologias e estudos que buscam responder questões nesse âmbito. Ugá et al (2003), ao analisarem a alocação de recursos do Ministério da Saúde relativa ao ano de 1999, sugerem que a equidade teria sido pouco valorizada na política alocativa do Ministério da Saúde, ainda que a expansão de algumas ações tenham favorecido as regiões com maiores necessidades de saúde. Os autores apontam que os recursos do MS que parecem tender a maior equidade são os referentes aos investimentos, atenção básica, controle de endemias e saneamento, embora com critérios distintos. No entanto, enfatizam a necessidade de políticas de investimentos e do aporte de novos recursos para que o processo de alocação equitativa de recursos seja bem sucedido.

Vianna et. al (2001) igualmente a partir de dados de 1999, argumentam que, a despeito de algumas políticas igualitárias (*per capita* nacional único do PAB fixo, por exemplo), no conjunto prevalece o comportamento histórico da alocação baseada na oferta, visto que os estados que recebem valores federais maiores são os que concentram maior capacidade instalada, principalmente os de maior densidade tecnológica. Para os autores, tais dados sugerem que a esfera federal não estaria exercendo adequadamente o seu papel

⁴⁷⁶ Ressalte-se que parte do financiamento das agências advém da arrecadação própria de taxas, conforme explicado no Capítulo 6.

⁴⁷⁷ Isso ocorre no Canadá, país em que os dispêndios federais *per capita* relativos à área social e à saúde são substancialmente mais elevados para os territórios do Norte do que para os estados mais desenvolvidos situados ao sul do país.

de alocação equitativa. O estudo de Favaret (2002) acerca dos gastos federais até 2001 também aponta nesse sentido.

Já Heimann et al. (2001), demonstram que a alocação de recursos federais no ano 2000 parece manter as desigualdades entre os municípios. Enquanto o valor *per capita* federal correspondente às transferências diretas mostra uma tendência igualitária entre os vários grupos de municípios, os valores federais *per capita* correspondentes ao pagamento por produção são maiores para os municípios em melhores condições de vida e saúde e de respostas do sistema de saúde⁴⁷⁸. Ou seja, no total, o gestor federal tende a alocar maior volume de recursos para municípios com melhores condições de vida, de receita, de oferta e de produção de serviços de saúde.

Embora a questão alocativa não seja o foco deste trabalho, a Tabela 7.5. procura ilustrar o debate sobre a distribuição de recursos federais no período de 1997 a 2002, que é marcado por várias mudanças no financiamento federal. A tabela apresenta a evolução dos dispêndios federais *per capita* nas várias regiões do país, identificando também as UFs com maior e menor dispêndio federal *per capita* a cada ano do período.

Tabela 7.5.– Recursos federais do SUS *per capita* por região e comparação entre Ufs com valores extremos de 1997 a 2002.

Região	Em R\$ de 2004 per capita						Varição %
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	97/02
Região Norte	46,63	58,29	75,77	83,66	87,93	85,01	82,33
Região Nordeste	64,91	78,96	93,24	99,46	105,10	100,15	54,30
Região Sudeste	89,65	99,63	109,18	112,27	120,48	115,77	29,13
Região Sul	88,66	99,81	105,78	104,78	109,76	105,72	19,24
Região Centro-Oeste	72,10	85,40	90,84	94,72	102,19	100,09	38,82
<i>Brasil</i>	<i>78,16</i>	<i>89,81</i>	<i>100,44</i>	<i>104,18</i>	<i>110,83</i>	<i>106,45</i>	<i>36,19</i>
Comparação entre UFs							
UF com >p.c.	PR	SP	SP	SP	SP	SP	---
Valor	93,81	105,18	118,64	120,26	129,10	124,48	---
UF com <p.c.	AP	AP	RR	RR	AP	AP	---
Valor	34,06	46,93	66,62	67,56	76,46	70,78	---
Razão entre extremos*	2,75	2,24	1,78	1,78	1,69	1,76	

Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde. Elaboração própria.

Notas: (1) Valores atualizados pelo IPCA para dezembro de 2004.

(2) Razão entre extremos: razão entre UF com maior e UF com menor valor per capita.

Observa-se que o aumento em termos de recursos federais *per capita* ao longo do período é maior para as regiões Norte e Nordeste, sendo os incrementos mais expressivos para essas regiões observados entre 1997 e 1999, provavelmente devido à implantação do PAB. No entanto, em 2002 ainda se observam os maiores *per capita* de recursos federais

⁴⁷⁸ Os autores classificam 1829 municípios brasileiros em diferentes grupos, usando dois indicadores agregados: o Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS) e o Índice de Resposta do Sistema de Saúde (IRSS). Para maior detalhamento da metodologia, consultar o trabalho original (Heimann et. al, 2001).

para as regiões Sudeste e Sul, confirmando a hipótese discutida ao longo deste trabalho e por outros autores de que os recursos federais ainda se destinam predominantemente para as regiões mais desenvolvidas, que têm maior oferta de serviços de saúde.

A comparação entre estados mostra disparidades ainda maiores. Na maior parte do período, a UF que apresentou maiores valores *per capita* foi o estado de São Paulo, enquanto os menores valores foram em geral observados em estados da região Norte, com destaque para o Amapá e Roraima. A razão entre a UF com maior *per capita* federal e a UF com menor *per capita* diminuiu entre 1997 e 1999 – provavelmente devido à implantação do PAB -, permaneceu igual em 1999 e 2000, caiu em 2001 e sobe novamente em 2002 para um valor semelhante ao de 1999-2000.

Para compreender melhor em que medida as transferências federais sinalizam mudanças na distribuição de recursos entre regiões, cabe examinar mais de perto a evolução dessas transferências em termos *per capita* no período de 1998 a 2002. Cabe lembrar as características dessas transferências no período descritas acima: (a) o caráter igualitário incentivo do PAB fixo, porém o “congelamento” de seu valor *per capita* no período; (b) o caráter dependente de adesão do incentivo do PACS/PSF e sua expansão acentuada no período face à priorização federal desses programas; (c) a diversidade de objetivos e critérios referentes às outras transferências de atenção básica, que também crescem bastante em importância no período; (d) o menor crescimento das transferências de média e alta complexidade no período, que, no entanto, continuam a representar a maior parcela de recursos.

A tabela 7.6. mostra a evolução dos valores *per capita* corrigidos pela inflação das principais transferências federais no período de 1998 a 2002, por regiões do país. Não é considerado na tabela o pagamento por serviços produzidos, que é maior para as regiões mais desenvolvidas e cuja importância decresce à medida que as transferências fundo a fundo aumentam.

Tabela 7.6.- Transferências federais do SUS de 1998 a 2002 - valores per capita por modalidades selecionadas de financiamento e região do país.

Em R\$ de 2004 per capita

Modalidade/Região	1998	1999	2000	2001	2002	Varição %
						98/02
Piso de Atenção Básica- Fixo						
Norte	10,80	14,43	13,33	12,53	11,31	4,8
Nordeste	12,78	16,29	15,11	14,09	12,25	-4,1
Sudeste	10,75	15,20	14,46	13,21	11,86	10,3
Sul	13,87	16,07	14,95	13,84	12,35	-10,9
Centro-Oeste	13,00	15,66	14,26	13,41	11,51	-11,4
<i>Brasil</i>	<i>11,94</i>	<i>15,61</i>	<i>14,62</i>	<i>13,51</i>	<i>11,97</i>	<i>0,2</i>
<i>Razão (N+NE)/(SE+Sul)</i>	<i>0,96</i>	<i>0,98</i>	<i>0,97</i>	<i>0,98</i>	<i>0,97</i>	---
Incentivo PACS-PSF						
Norte	2,04	4,79	7,71	7,78	9,30	355,7
Nordeste	2,74	5,40	9,12	10,64	12,33	350,4
Sudeste	0,64	1,14	2,89	3,78	5,13	706,8
Sul	0,90	1,81	4,76	5,85	7,57	740,9
Centro-Oeste	1,94	2,80	6,00	8,19	9,71	400,3
<i>Brasil</i>	<i>1,46</i>	<i>2,82</i>	<i>5,50</i>	<i>6,62</i>	<i>8,14</i>	<i>456,9</i>
<i>Razão (N+NE)/(SE+Sul)</i>	<i>3,11</i>	<i>3,46</i>	<i>2,20</i>	<i>1,91</i>	<i>1,70</i>	---
Outras transferências de Atenção Básica						
Norte	0,77	5,17	8,39	12,36	10,91	1307,7
Nordeste	1,27	4,29	6,63	9,57	7,85	520,1
Sudeste	0,37	2,10	4,73	6,17	5,64	1414,4
Sul	0,49	2,29	4,15	5,91	5,52	1020,9
Centro-Oeste	0,46	2,60	5,59	8,12	7,29	1476,0
<i>Brasil</i>	<i>0,68</i>	<i>3,01</i>	<i>5,51</i>	<i>7,70</i>	<i>6,76</i>	<i>895,9</i>
<i>Razão (N+NE)/(SE+Sul)</i>	<i>2,36</i>	<i>2,15</i>	<i>1,69</i>	<i>1,81</i>	<i>1,68</i>	---
Total de transferências de Atenção Básica						
Norte	13,61	24,39	29,43	32,67	31,52	131,6
Nordeste	16,78	25,98	30,86	34,29	32,42	93,2
Sudeste	11,76	18,43	22,09	23,15	22,62	92,4
Sul	15,26	20,17	23,85	25,60	25,45	66,7
Centro-Oeste	15,40	21,06	25,85	29,73	28,51	85,1
<i>Brasil</i>	<i>14,09</i>	<i>21,44</i>	<i>25,63</i>	<i>27,82</i>	<i>26,88</i>	<i>90,8</i>
<i>Razão (N+NE)/(SE+Sul)</i>	<i>1,13</i>	<i>1,30</i>	<i>1,31</i>	<i>1,37</i>	<i>1,33</i>	---
Total de transferências de Média e Alta Complexidade						
Norte	14,81	20,52	22,65	27,60	27,78	87,6
Nordeste	16,23	19,85	23,94	34,17	32,97	103,1
Sudeste	28,22	40,10	40,48	46,90	44,00	55,9
Sul	42,40	42,77	62,14	64,62	56,58	33,4
Centro-Oeste	29,54	34,04	44,15	55,09	56,34	90,7
<i>Brasil</i>	<i>26,05</i>	<i>32,92</i>	<i>37,93</i>	<i>45,03</i>	<i>42,37</i>	<i>62,7</i>
<i>Razão (N+NE)/(SE+Sul)</i>	<i>0,44</i>	<i>0,49</i>	<i>0,45</i>	<i>0,55</i>	<i>0,60</i>	---

Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde. Dados disponíveis em:

www.datasus.gov.br . Elaboração própria.

Notas: (1) Valores per capita atualizados pelo IPCA para dezembro de 2004.

(2) A tabela considera somente as transferências fundo a fundo, não incluindo os “pagamentos por serviços produzidos” e as “ações estratégicas”.

(3) Razão (N+NE)/(SE+Sul) - razão entre o somatório dos valores *per capita* referentes às regiões N e NE e o somatório dos valores *per capita* referentes às regiões SE e Sul. Valores superiores a 1 sugerem que as regiões menos desenvolvidas são mais favorecidas por uma dada modalidade de transferência. A região CO não é considerada para este cálculo, pois a média regional é influenciada pela presença do DF, cujo perfil difere das demais UFs.

A observação do conjunto das transferências de atenção básica – PAB fixo, PACS/PSF e outras transferências de atenção básica – referentes apenas ao ano de 2002, último ano da série, mostra um valor *per capita* maior para a região Nordeste, seguida pela região Norte e a Centro-Oeste, sugerindo a princípio um caráter redistributivo das transferências federais de atenção básica. A análise da evolução dessas transferências entre 1998 e 2002 aponta que a região que apresenta maior aumento em termos *per capita* é a região Norte. A seguir, estão as regiões Nordeste e Sudeste, com aumentos um pouco maiores que os aumentos do valor *per capita* nacional. No entanto, a razão entre o somatório do valor *per capita* das regiões economicamente menos desenvolvidas (Norte e Nordeste) e o das regiões mais desenvolvidas (Sudeste e Sul) sugere que os aumentos mais favoráveis às primeiras parecem ocorrer entre 1998 e 1999, não havendo evidências tão claras de ganhos diferenciados para essas regiões nos anos subsequentes. Entretanto, para a melhor compreensão da direcionalidade da atuação federal, é importante considerar algumas dessas transferências de atenção básica separadamente.

Em relação às transferências do PAB fixo, observa-se que os maiores crescimentos em valores *per capita* corrigidos ocorrem nos primeiros anos de implantação dessa modalidade (1998 e 1999), devido à intensidade das habilitações na NOB/96 nesse período. Na realidade, é possível sugerir algum impacto favorável da implantação do PAB fixo em termos de equidade somente na ocasião de sua implantação inicial no primeiro semestre de 1998, quando o aporte de novos recursos para alcançar o valor de piso de R\$10,00 *per capita* em cada município privilegia aqueles que até então gastavam menos do que isso com os procedimentos de atenção básica incluídos na relação do PAB⁴⁷⁹. Considerando o conjunto do período de 1998 a 2002, o crescimento relativo a essa parcela é de apenas 0,2%, e os maiores aumentos relativos são observados para as regiões Sudeste e Norte. Já a razão entre o somatório dos valores *per capita* das regiões menos desenvolvidas (N e NE) e mais desenvolvidas (SE e Sul) é levemente favorável às primeiras e quase não oscila no período. Ou seja, entre 1998 e 2002, as mudanças parecem influenciadas pelas novas habilitações e predomina o caráter mais igualitário dessa modalidade de transferência.

⁴⁷⁹ A mudança mais nítida pode ser observada na comparação dos dados de 1998 com os de 1997, que não aparecem na tabela 7.6, elaborada a partir de dados do DATASUS, pois os procedimentos que compõem o PAB até então eram computados em outros itens, requerendo separação para comparação entre 1997 e 1998. Outros autores, como Costa e Pinto (2002), já aplicaram metodologias nesse sentido e caracterizaram tal aumento no momento da implantação inicial do PAB, com maior aporte de novos recursos para as regiões Norte e Nordeste.

Já as transferências relativas ao incentivo PACS-PSF aumentam de forma expressiva no período, face ao caráter prioritário dessa política. No entanto, a tabela mostra que o aumento é maior para as regiões Sudeste e Sul, em que a expansão do PSF ocorre mais tardiamente, principalmente nos municípios de médio e grande porte. Assim, como demonstra a razão entre o somatório das transferências per capita das regiões Norte e Nordeste e aquele das regiões Sudeste e Sul, ao longo do período a vantagem das regiões menos desenvolvidas no recebimento das transferências federais relativas ao PACS-PSF diminui progressivamente. Ressalte-se que, com a implantação a partir de 2003 do PROESF – projeto federal de estímulo à expansão do PSF em grandes centros urbanos – é provável que se acentue ainda mais essa tendência de maior aumento das transferências relativas ao PACS/PSF para as regiões mais ricas, com impacto negativo do ponto de vista da equidade na alocação de recursos federais entre regiões.

O item “outras transferências de atenção básica”, que também aumenta de forma importante no período, inclui incentivos bem diferenciados, que seguem lógicas distintas. O aumento nessas transferências é maior para as regiões Sudeste e Centro-Oeste. O aumento da Região Norte fica um pouco acima do aumento do *per capita* nacional no conjunto do período. Essa região tem maiores aumentos entre 1999 e 2001, o que pode ter relação com as transferências relativas à descentralização das ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças, que seguem critérios que favorecem os estados da Amazônia Legal. No entanto, outras transferências que crescem bastante no período podem ter beneficiado mais outras regiões, como a Sudeste. A região Nordeste é a que tem o maior *per capita* em 1998, o primeiro ano da série, mas no conjunto do período tem o menor aumento, que fica bem abaixo do aumento do *per capita* nacional. Esse dado, bem como a queda na razão entre as transferências *per capita* para regiões menos desenvolvidas e as regiões mais desenvolvidas, sugerem que o conjunto dessas outras transferências não parece ter se orientado pelo objetivo de promoção de maior equidade entre regiões no período.

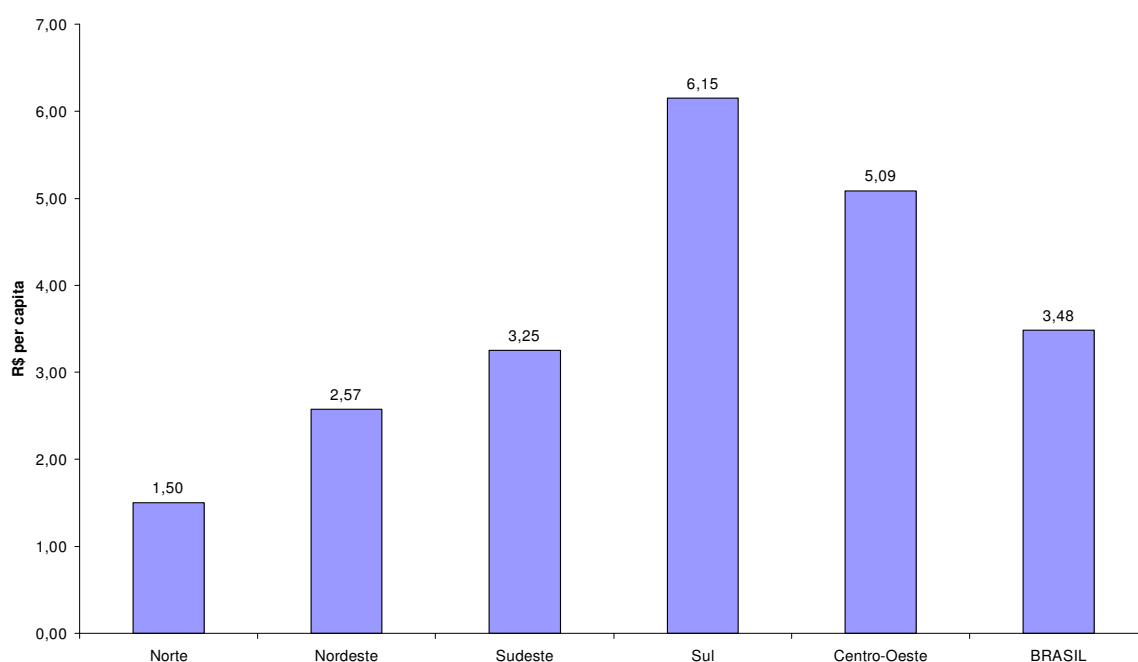
Resumindo, a análise das transferências federais para a atenção básica aponta que, apesar da impressão de um caráter mais equitativo dessas transferências, é preocupante observar que o seu impacto mais positivo em termos de redução das desigualdades de alocação de recursos federais entre regiões parece ter se dado entre 1998 e 1999. As modalidades de financiamento federal da atenção básica que mais crescem proporcionalmente entre 1998 e 2002, fruto de programas federais prioritários – como o

PACS e o PSF- não parecem orientadas pela busca de maior equidade na alocação de recursos entre regiões.

Já no que tange às transferências relativas à média e à alta complexidade, a Tabela 7.6. mostra que os maiores aumentos observados entre 1998 e 2002 correspondem às regiões Nordeste e Centro-Oeste. Ainda que pareça ter ocorrido uma leve diminuição da vantagem das regiões mais desenvolvidas (Sudeste e Sul) sobre as menos desenvolvidas (Norte e Nordeste) no período, a análise do ano 2002 evidencia que os maiores valores *per capita* dizem respeito às regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste. Cabe assinalar que entre 2000 e 2002 várias ações que eram classificadas como transferências de média e alta complexidade (por exemplo, as campanhas de cirurgias eletivas para cataratas, varizes, entre outras) passam a ser classificadas como ações estratégicas, que não constam na Tabela 7.6.

Portanto, é interessante analisar separadamente a alocação de recursos referentes às ações estratégicas do Ministério de Saúde entre regiões. A Figura 7.6. abaixo apresenta os valores transferidos per capita relativos às ações estratégicas para as cinco regiões do país em 2002, ano em que essa modalidade foi mais expressiva e em que é possível observar sua distribuição entre regiões. Observa-se que os maiores valores em termos per capita correspondem às regiões Sul e Centro-Oeste e os menores às regiões Norte e Nordeste, cujo per capita é bem inferior à média nacional.

Figura 7.6- Transferências federais *per capita* para ações estratégicas, por região, em 2002.



Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde.

As discrepâncias entre estados são ainda mais gritantes, com os maiores valores per capita sendo observados para o Paraná (R\$8,59), Ceará (R\$6,54), Santa Catarina (R\$6,23) e Rio de Janeiro (R\$6,10), enquanto vários estados da região Norte – Acre, Amapá, Amazonas e Rondônia – apresentam valores per capita próximos a zero.

A análise dos dados apresentados acima, referentes a diferentes modalidades de transferências federais entre 1998 e 2002 permite sugerir que a proliferação de modalidades de financiamento federal e a fragmentação das transferências a partir de 1998 não trazem problemas apenas no que concerne à limitação da autonomia dos gestores estaduais e municipais na aplicação dos recursos.

Tal fragmentação torna complexa a própria gestão das transferências federais e dificulta a identificação da direcionalidade da ação federal, pois cada modalidade segue critérios e lógicas distintas, com efeitos diferentes e às vezes antagônicos, pelo menos em termos da distribuição de recursos federais entre regiões do país. Ainda que a implantação de cada modalidade possa seguir uma lógica clara no que se refere a cada programa federal específico, a agregação de várias parcelas dificulta a compreensão da direcionalidade da ação do Ministério da Saúde em termos do que seria um dos seus principais papéis: a promoção da equidade no território nacional.

É possível ainda levantar a hipótese de que talvez a ação federal tenha se orientado no final dos anos 90 e início dos anos 2000 mais para a indução e expansão de alguns programas prioritários no âmbito nacional do que para a redução das desigualdades entre as regiões do país.

É claro que uma discussão aprofundada sobre a equidade na alocação de recursos federais – o que foge ao escopo do presente trabalho – requer outros tipos de análise, que têm sido desenvolvidos por outros autores, tais como: (a) a consideração da totalidade dos recursos federais⁴⁸⁰; (b) o detalhamento por Ufs e por grupos de municípios; (c) a consideração de aspectos referentes ao federalismo fiscal/ partilha tributária e da capacidade de gasto dos diferentes estados e municípios; (d) a consideração de necessidades de saúde; (e) a distribuição dos recursos entre grupos sociais (considerando níveis de renda e outros indicadores); (f) a composição público-privada do gasto em saúde.

⁴⁸⁰ Ugá et. al (2003), para analisar a equidade na alocação federal, dividem o gasto federal em três grupos ou agregados: (a) Agregado A - recursos do MS que apresentam -em tese- maior possibilidade de realocação; (b) Agregado B – os anteriores mais recursos destinados a projetos com maior rigidez na alocação (ex: pessoal); (c) Agregado C – os anteriores acrescidos das despesas do MEC com o custeio de hospitais universitários e as transferências do Ministério da Fazenda para o Distrito Federal.

A discussão aqui realizada visa apenas situar as principais características da atuação do Ministério da Saúde por meio do financiamento, buscando compreender o que tais características sugerem em termos da direcionalidade da ação federal. Uma justificativa para o aumento das condicionalidades e vinculações de transferências federais a programas nacionais específicos a partir de 1998, paralela ao aumento das transferências fundo a fundo, poderia ser o exercício do papel federal na promoção da equidade na alocação de recursos. Os dados aqui apresentados relativos à evolução das diferentes transferências federais no período não sugerem que esse tenha sido o norte principal da política de alocação de recursos federais, pelo menos entre as grandes regiões do país.

Ressalte-se que a alocação eqüitativa de recursos de custeio requer outras condições e estratégias, tais como: o aporte de novos recursos, pois é difícil redistribuir recursos escassos; a adoção de políticas abrangentes de realização de investimentos; e o enfrentamento de problemas estruturais, como os relativos à área de recursos humanos, entre outros. Na realidade, a possibilidade de promoção da equidade em saúde seria maior se a política nacional de saúde fosse conduzida de forma articulada com políticas de desenvolvimento de corte regional e com outras políticas sociais, com vista a superação das marcantes desigualdades sócio-econômicas existentes no país.

Sabe-se também que a abordagem macro-regional não é suficiente para orientar políticas públicas de redução das desigualdades, que se expressam no âmbito meso-regional e local. Assim, mesmo dentro de regiões mais ricas como o Sudeste, a miséria e as desigualdades se expressam de forma marcante, particularmente nas regiões metropolitanas⁴⁸¹.

No entanto, como já vem sendo abordado ao longo do trabalho, a condução da política nacional de saúde nos anos 90 se dá de forma bastante isolada e não privilegia o enfoque regional em seus vários recortes, com raras exceções⁴⁸². O predomínio da descentralização político-administrativa com ênfase nos municípios como eixo norteador da política *per se* não é favorável à promoção da equidade em saúde. Por outro lado, o

⁴⁸¹ Por isso, outras áreas da política pública que têm maior tradição na formulação de políticas com enfoque regional – como desenvolvimento (agrário, urbano, projetos estratégicos) e meio ambiente – têm reformulado suas abordagens, adotando novas propostas de regionalização e de enfrentamento os dilemas relacionados às transformações recentes, como o crescimento das regiões metropolitanas.

⁴⁸² A tradição sanitária de controle de endemias, embora partindo do enfoque de combate a doenças específicas, de certa forma impulsionou um olhar diferenciado para a Região da Amazônia Legal, por parte dos dirigentes e técnicos atuantes na área de vigilância epidemiológica e controle de doenças, nos anos 90 sob responsabilidade da FUNASA. Outro exemplo é a retomada do debate sobre a regionalização intrastadual no ano 2000, tendo como foco a articulação entre os municípios em rede, que levou à formulação da

modelo regulatório adotado pelo gestor federal ao final dos anos 90 também não parece sê-lo.

A discussão apresentada nos itens anteriores aponta que a atuação do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002 é bastante limitada no enfrentamento de vários desafios relacionados ao financiamento setorial, suscitando dúvidas em relação à possibilidade de os mecanismos de financiamento federal adotados no período terem impacto significativo sobre a redução das desigualdades em saúde no país.

Regulação

O termo regulação é bastante genérico, existindo diferentes concepções a seu respeito. Conforme já foi apontado, a agenda de reforma do Estado no plano internacional a partir dos anos 80 enfatiza a importância da regulação estatal nos vários campos, inclusive com repercussões sobre a regulação dos sistemas de saúde, que teria se fortalecido em muitos países⁴⁸³.

No Brasil, no modelo de desenvolvimento hegemônico dos anos 30 aos anos 80, o Estado desempenhava um papel proeminente de intervenção econômica e social. As agendas de reforma do Estado dos anos 90 – de forma agressiva no Governo Collor e depois, no bojo de uma estratégia mais estruturada no Governo FHC – preconizam mudanças importantes no papel do Estado, com sua retirada da execução direta de atividades e o fortalecimento da sua capacidade de regulação no plano econômico e social, com características distintas do modelo “varguista”.

Boschi e Lima (2003) assinalam que as transformações ocorridas nos anos 90 sinalizam de fato uma mudança expressiva no padrão de atuação do Estado em relação ao corporativismo estatal da era Vargas, mas ressaltam como um traço comum entre o novo modelo e o anterior a face demiúrgica da atividade regulatória do Executivo, que se sobrepõe ao legado institucional, com riscos para a democracia.

De certa forma, a ênfase na descentralização político-administrativa na implementação da política de saúde nos anos 90 - em que a ação estatal na saúde se expande bastante às custas de estados e municípios -, descolada de um debate substantivo no âmbito setorial sobre o novo papel do gestor federal, em um contexto adverso para a expansão de políticas sociais universais, condiciona a adoção de novas formas de

Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/01 e NOAS/02) à elaboração de Planos de Regionalização no âmbito dos estados.

⁴⁸³ Figueras et. al (2002).

regulação da política pelo Ministério da Saúde, cujo *modus operandi* em alguns momentos se aproxima do modelo predominante no Executivo Nacional.

Entretanto, a ação reguladora do Ministério da Saúde também apresenta características relacionadas às especificidades ao setor saúde. O forte poder regulador federal na implantação do SUS de certa forma pode ser compreendido à luz da trajetória histórica de centralização decisória e administrativa do sistema de saúde brasileiro. Ademais, sua análise não pode prescindir da consideração dos campos de atuação do Estado no caso da política pública de saúde.

No Capítulo 2, já foi abordado que os antigos gestores da saúde – o antigo Ministério da Saúde e o INAMPS – já exerciam, cada um em sua lógica, atribuições na política de saúde que podem ser caracterizadas como atividades de regulação. A partir de 1990, com a conformação do novo Ministério da Saúde e de maneira associada ao processo de descentralização de responsabilidades e atribuições para estados e municípios, se observam mudanças de natureza e escopo das atividades de regulação do gestor federal sobre a política nacional de saúde, assim como a sobreposição de antigas e novas estratégias de regulação federal.

A função de regulação do Ministério da Saúde pode ser caracterizada de várias formas, sendo que todas apresentam problemas e limitações. Para efeito deste trabalho, serão considerados quatro tipos principais da regulação exercida pelo Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002:

- (1) a *regulação sobre prestadores de serviços ao SUS*;
- (2) a *regulação de sistemas estaduais e municipais de saúde*;
- (3) a *regulação sanitária*;
- (4) a *regulação de mercados em saúde*.

A atuação reguladora do Ministério da Saúde nos diferentes âmbitos tem se baseado em três estratégias principais, muitas vezes articuladas: (a) a emissão de normas/regulamentação federal; (b) mecanismos financeiros de indução ou inibição de políticas e práticas; (c) medidas de auditoria, fiscalização, controle e avaliação direcionados aos agentes atuantes no setor saúde. A importância dessas estratégias, assim como a agregação de outras, varia de acordo com o tipo ou âmbito de regulação.

Desta forma, cada um dos quatro tipos de regulação apontados acima será abordado, buscando identificar tanto as características, mudanças e os propósitos de regulação federal no período de 1990 a 2002; como as principais estratégias, mecanismos e instrumentos de regulação utilizados.

A regulação sobre os prestadores de serviços ao SUS

A regulação federal direta sobre os prestadores tinha maior expressão antes dos anos 90, quando o modelo do sistema de saúde brasileiro era centralizado. De um lado, essa regulação era exercida pelo INAMPS, que emitia normas técnicas, estabelecia contratos/ convênios com prestadores privados e remunerava os prestadores por serviços produzidos. Da necessidade de controle sobre os prestadores, principalmente financeiro, surgem as tabelas de remuneração e os sistemas de informações de produção, primeiro o hospitalar, nos anos 80 e depois o ambulatorial, já no início dos anos 90.

Isso não quer dizer que essa função de regulação fosse realizada de forma adequada, com objetivos sanitários claros. Em que pese o poder de compra e a cultura controladora do INAMPS, sabe-se por exemplo que não havia uma prática regular e eficiente de estabelecimento de contratos com os prestadores, que explicitassem as condições e objetivos dos serviços a serem prestados. Ademais, é pouco provável que o modelo centralizado de compra de serviços no âmbito federal propiciasse algum tipo de controle efetivo sobre os serviços prestados e menos ainda sobre os resultados e impacto sanitário desses serviços.

De outro lado, também o antigo Ministério da Saúde emitia normas técnicas que tinham repercussões principalmente sobre o funcionamento dos serviços públicos que desenvolviam programas e ações de saúde pública.

Com o paulatino avanço do processo de descentralização em saúde nos anos 90, a atribuição federal de regulação direta sobre os prestadores de serviços se reduz substancialmente, visto que a regulação dos prestadores passa a ser uma atribuição dos gestores estaduais e municipais. A atuação federal se volta cada vez mais para a regulação de sistemas estaduais e municipais.

Contudo, a atuação federal continua a repercutir sobre os prestadores de serviços ao SUS por meio de quatro estratégias principais. A primeira é emissão de portarias federais que regulamentam o funcionamento dos serviços, sendo que em algumas áreas se mantém até mesmo a prática de credenciamento federal de prestadores até o final dos anos 90. Ressalte-se nesse sentido as normas federais relativas à organização de sistemas e serviços de alta complexidade, com repercussões sobre as práticas dos prestadores. A segunda vertente é a administração da tabela de remuneração de serviços ambulatoriais e hospitalares, que representa um mecanismo financeiro de regulação, ao influenciar os preços praticados por estados e municípios e o interesse dos prestadores oferecerem

determinados tipos de serviços ao SUS, conforme descrito no item referente ao financiamento. A terceira é a manutenção dos sistemas nacionais de informações de produção e faturamento, que subsidiam o monitoramento dos prestadores pelos gestores das três esferas. A quarta é o desenvolvimento de ações de auditoria federal, embora essas ao longo dos anos 90 se voltem cada vez mais para os sistemas estaduais e municipais e menos para os prestadores, que passam a ser submetidos em geral aos órgãos de auditoria estaduais e municipais.

Cabe ainda mencionar a atuação de organizações não-governamentais (ONGs) como prestadoras de serviços em áreas específicas, exigindo novas modalidades de relacionamento entre o Ministério da Saúde e tais entidades. Tais parcerias ocorrem por exemplo no âmbito da política nacional de combate à AIDS (viabilizadas por projetos de financiamento acordados entre agências internacionais e Ministério da Saúde) e da política de saúde indígena (por meio de convênios celebrados entre a FUNASA e as ONGs).

A regulação de sistemas estaduais e municipais de saúde

Esse é o âmbito de regulação pelo Ministério da Saúde que mais se fortalece no período do estudo, de forma concomitante ao avanço da descentralização político-administrativa. Tal tipo de regulação consiste na adoção de um conjunto de estratégias voltadas para a modulação do sistema de saúde, visando controlar procedimentos e processos ou induzir/assegurar determinadas características comuns ou resultados mais uniformes do sistema no âmbito nacional.

Embora as características da regulação federal variem ao longo do tempo, durante todo o período de estudo o Ministério da Saúde mantém um expressivo poder de regulação sobre os estados e municípios, face ao peso ainda significativo da União no financiamento da saúde, bem como ao protagonismo exercido pelo Ministério no comando e regulamentação do próprio processo de descentralização a partir dos anos 90.

A ação reguladora do Ministério da Saúde sobre estados e municípios se evidencia na indução de políticas e programas, na normalização e padronização de procedimentos, na auditoria, no controle e na avaliação dos sistemas estaduais e municipais. É interessante, entretanto, registrar que a existência de mecanismos institucionais de representação e de formulação de políticas no âmbito nacional – como a CIT, o CONASS, o CONASEMS e o Conselho Nacional de Saúde - em alguma medida impõem limites a essa regulação federal,

ou até mesmo favorece a possibilidade inversa, de regulação de estados e municípios sobre a ação do Ministério da Saúde.

As duas principais estratégias de regulação federal sobre estados e municípios, em geral associadas, são a emissão de normas/portarias e os mecanismos financeiros de indução de políticas e de práticas de gestão e atenção, com repercussões importantes para a configuração de sistemas estaduais e municipais de saúde.

O poder normalizador do gestor federal do SUS tem sido amplamente exercido mediante as Normas Operacionais do SUS e outros milhares de portarias editadas a cada ano pelas diversas áreas do Ministério da Saúde e demais entidades federais da área da saúde - como a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

As Normas Operacionais do SUS são portarias do Ministro da Saúde editadas a partir de 1991 que têm funcionado como instrumentos potentes de regulação do processo de descentralização do SUS, à medida que tratam dos critérios e mecanismos de transferência de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios⁴⁸⁴.

Do ponto de vista formal, as Normas Operacionais representam portarias ministeriais com a mesma força das demais. Entretanto, a peculiaridade e a importância dessas normas residem tanto no fato de regulamentarem o próprio processo de descentralização e o papel das esferas governamentais, transcendendo o conteúdo da Constituição e Leis da Saúde no desenho institucional do SUS, como no caráter negociado de sua formulação e implantação, a partir de 1993. Além do objeto principal da descentralização da gestão e do financiamento, as Normas Operacionais também regulam outros aspectos relevantes da implantação do SUS, ao abordarem questões como remuneração dos prestadores de serviços, modelo de atenção, sistemas de informações, e organização da rede de serviços.

As proposições contidas nas cinco normas operacionais editadas entre 1991 e 2002 variam no que diz respeito ao tratamento desses temas. Entretanto, além das variações nos conteúdos específicos, o trabalho de Viana, Lima e Oliveira (2002), destaca a existência de um certo *continuum* entre essas normas, de maneira que cada uma procurou complementar

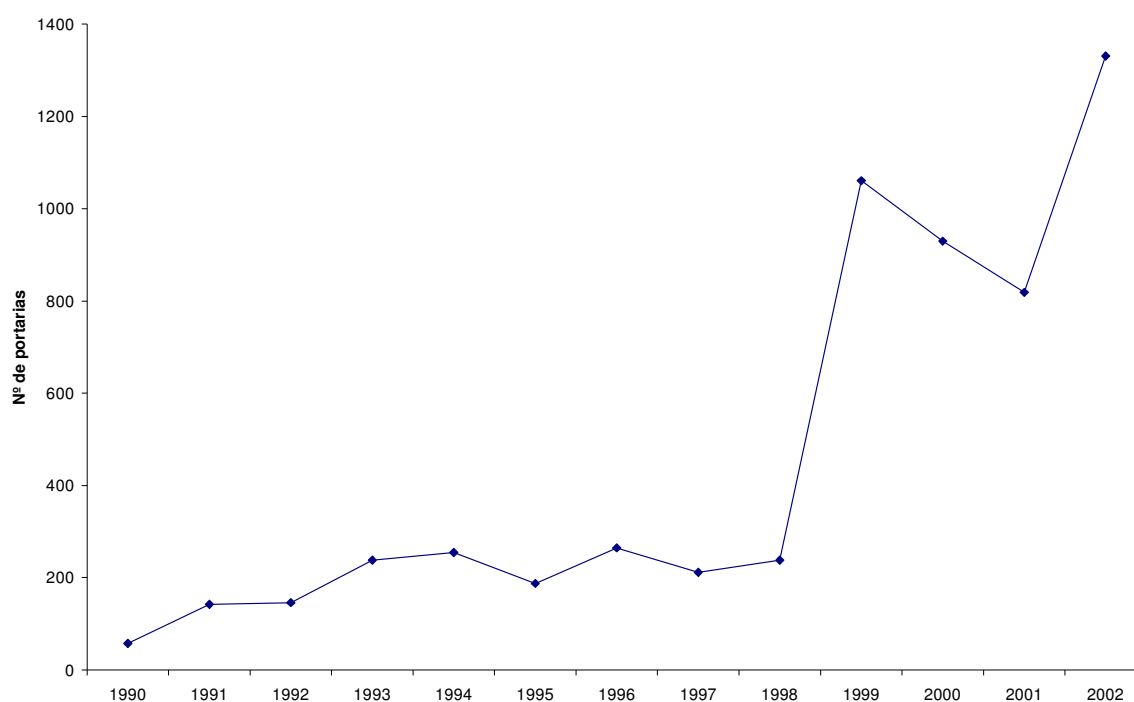
⁴⁸⁴ Conforme já abordado, no período do estudo são lançadas as NOs 91, 92, 93, 96 e a NOAS, publicada em duas versões (2001 e 2002). Outros trabalhos discutem de forma mais detalhada o papel, conteúdo e efeitos das normas operacionais, como Lucchese (1996), em relação ao período de implantação da NOB SUS 01/93; Levcovitz, Lima e Machado (2001), que fazem um balanço das NOBs nos anos 90; e Souza (2001), que traz um breve resumo da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01.

ou modificar questões não equacionadas pela norma precedente, particularmente no que concerne ao financiamento, racionalidade sistêmica e modelo de atenção. As autoras ressaltam também a importância da estratégia de “habilitações” de estados e municípios nas condições de gestão estabelecidas nas várias normas para o processo de descentralização, uma vez que a passagem por distintas formas de habilitação ao longo dos anos levaria a um processo de “aprendizagem institucional” relevante para a assunção das responsabilidades gestoras do sistema de saúde.

Se por um lado as Normas Operacionais se destacam pelo seu peso na configuração do arranjo federativo do SUS, por outro lado, sua análise isoladamente não é suficiente para a compreensão do poder de regulação do gestor federal através da normalização. Isso ocorre porque anualmente são lançadas centenas de outras portarias federais que tratam de aspectos variados da implementação do SUS, tanto relativos à gestão quanto à atenção à saúde, muitas vezes alterando o próprio conteúdo das NOs ou transcendendo o seu escopo de regulamentação.

Baptista (2003) identifica um grande aumento no número de portarias federais a partir de 1999, como pode ser visto na Figura 7.7.

Figura 7.7 - Evolução do nº de portarias do Ministério da Saúde de 1990 a 2002



Fonte: 1990 a 1997 - Diário Oficial da União – Seção I; 1998 a 2002 – site do Ministério da Saúde.

Elaborada a partir dos dados sistematizados em tabela de Baptista (2003, p. 111).

Nota: Inclui somente as portarias emitidas pelo gabinete do Ministro, INAMPS, SNAS/SAS, SE/SAS, SPS/SAS. Não inclui outras portarias da SPS, SVS/ANVISA e outras áreas.

Algumas dessas portarias decorrem de temas estratégicos que são objeto de debates e negociação na Comissão Intergestores Tripartite e/ou no Conselho Nacional de Saúde antes de sua transformação em norma federal; outras tratam de questões meramente operacionais. A análise mais detalhada das portarias realizada por Baptista (2003) aponta um grande número de portarias relacionadas a aspectos formais da gestão, como licitações, cadastro e habilitações.

Entretanto, há entre esses dois extremos – temas estratégicos negociados e portarias operacionais - um grande número de portarias emanadas diretamente do Ministério da Saúde sem discussão prévia nas instâncias colegiadas, que tratam de questões relevantes para a implementação do SUS. Essas portarias, em conjunto, imprimem características à política nacional de saúde que não são de fácil compreensão para os gestores, técnicos e outros atores do SUS, devido ao seu grande número e diversidade quanto aos temas tratados, escopo, abrangência, tempo de vigência, entre outras variáveis.

Diversas dessas portarias atrelam incentivos de financiamento à adoção de determinadas políticas e práticas pelos gestores estaduais e municipais. Desta forma, apesar da aplicação de muitas normas federais não ser legalmente obrigatória para os estados e municípios, a vinculação das transferências financeiras federais ao cumprimento de determinadas exigências, exacerbada a partir de 1998, faz com que tais portarias tenham forte caráter indutor em todo o país, ou mesmo ocupem posição central nos debates das comissões intergestores nos estados e na definição de agendas estaduais e municipais na área da saúde.

Os mecanismos financeiros de regulação federal – gestão dos tetos, transferências condicionadas e incentivos vinculados, FAEC e administração das tabelas nacionais de procedimentos – já foram descritos no item anterior, referente ao financiamento. Como se disse, a emissão de normas e portarias atrelada a mecanismos financeiros representa a base predominante de regulação federal sobre os sistemas estaduais e municipais de saúde no período do estudo, ainda mais evidente a partir de 1998.

Outras estratégias federais de regulação dos sistemas de saúde se somam às descritas acima. Uma delas é o processo de cooperação e apoio técnico a estados e municípios, exercido mediante visitas de técnicos do Ministério da Saúde às secretarias estaduais e municipais, disponibilização de sistemas e material de apoio à gestão e treinamento das equipes das secretarias em métodos e sistemas de gestão. Essas estratégias podem representar tanto tentativas de indução de certa homogeneização das práticas de

gestão no âmbito de estados e municípios, quanto de promoção de fortalecimento da capacidade gestora das esferas subnacionais. Destaque-se ainda as iniciativas federais esporádicas de fomento a troca de experiências e práticas inovadoras, assim como o fato de que os contatos de técnicos federais com as realidades de estados e municípios pode influenciar a formulação de políticas no âmbito nacional⁴⁸⁵.

Outro grupo de estratégias, adotadas principalmente a partir de 1998, compreende a definição de prioridades e metas no âmbito nacional, visando a indução de algumas práticas nas esferas estadual e municipal, como o acompanhamento das políticas implementadas nessas esferas. Alguns exemplos nesse sentido são o Pacto de Atenção Básica, a partir de 1999; a PPI da Vigilância Epidemiológica, a partir de 2000; e a celebração de Termos de Ajustes de Metas entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e os estados, também a partir de 2000; e a definição anual da Agenda Nacional de Saúde, a partir de 2001.

Outro grupo de estratégias de regulação se relaciona às práticas de auditoria, fiscalização, controle e avaliação, que sofrem mudanças expressivas no período de estudo, destacando-se: (a) a progressiva transferência de responsabilidades sobre auditoria, controle e avaliação de prestadores para estados e municípios (por exemplo, cadastramento, alimentação dos sistemas de informações, monitoramento da produção, entre outras), embora essa seja uma área em que as competências concorrentes levam a conflitos e sobreposição de ações; (b) mudanças qualitativas na atuação federal, que incluem incorporação de novas práticas de monitoramento e avaliação, incluindo novos sistemas de informações e tentativas incipientes de conhecer os resultados do sistema de saúde, inclusive por meio de financiamento de pesquisas avaliativas.

Por fim, há algumas estratégias federais de regulação sobre o sistema, embora com alcance bem limitado, seja pelo seu caráter recente, seja por limitações estruturais. Entre elas destacam-se as relacionadas à área de recursos humanos (inserção dos profissionais, formação e capacitação) e à regulação das práticas de assistência à saúde (centrais de regulação, protocolos clínicos, recomendações para incorporação e uso de tecnologias). O potencial de repercussão dessas estratégias pode aumentar se elas forem acopladas a outras de maior poder indutor. Por exemplo, a formação de pólos de capacitação em Saúde da

⁴⁸⁵ Vale mencionar que os conselhos nacionais de representação de estados e municípios (CONASS e CONASEMS) também promovem frequentemente atividades de capacitação de gestores, por meio de assessorias, câmaras técnicas, encontros, entre outras ações, bem como identificam necessidades e geram demandas e propostas de atuação para o gestor federal.

Família ganha força pelo fato de estar relacionada a uma política prioritária para o Ministério da Saúde desde 1995, que conta com um amplo arsenal normativo e com incentivos financeiros específicos, alcançando expressiva capilaridade nacional. No entanto, a expansão da regulação federal nesse âmbito depende sobretudo do desenvolvimento de políticas abrangentes e da articulação com outras áreas da política e atores sociais, visando o enfrentamento de problemas estruturais do sistema de saúde.

O quadro abaixo sistematiza as principais estratégias de regulação de sistemas de saúde adotadas pelo Ministério da Saúde no período do estudo.

Quadro 7.3. – Estratégias de regulação dos sistemas estaduais e municipais de saúde adotadas pelo Ministério da Saúde até o início dos anos 2000

Tipo de Estratégia	Exemplos de estratégias/ Iniciativas	Peso da regulação federal
Normatização	-Normas Operacionais do SUS -Portarias federais e estaduais	Alto, sobre estados e municípios
Enquadramento segundo capacidades de gestão	-Processos de habilitação (nas condições de gestão das NOs) -Processos de Certificação (na Vigilância Epidemiológica) -Processos de Qualificação (na Vigilância Sanitária e em incentivos)	Alto, sobre estados e municípios
Mecanismos financeiros	-Gestão dos tetos financeiros -Transferências e incentivos -Fundos centralizados (ex: FAEC) -Administração das tabelas nacionais	Alto, sobre estados e municípios
Cooperação e apoio aos gestores	-Cursos e treinamentos em várias áreas -Fornecimento de instrumentos de gestão (metodologias, softwares, etc) -Visitas técnicas	Médio, predominando sobre estados
Auditoria, controle e avaliação	-Acompanhamento, fiscalização e avaliação a partir de inspeção local e de sistemas de informações de produção, faturamento, atenção básica, vigilância epidemiológica -Financiamento de pesquisas de avaliação sobre políticas específicas	Médio, sobre estados e municípios
Definição de prioridades e estabelecimento de metas	-Pacto de Atenção Básica -PPI - vigilância epidemiológica -Metas para a vigilância sanitária -Agenda Nacional de Prioridades	Baixo a médio
Formação e capacitação de profissionais de saúde	-Pólos de capacitação do PSF/ pólos de educação permanente -Cursos e treinamentos variados	Baixo, predominando sobre técnicos das SES e SMS e profissionais atuantes em programas específicos
Novas estratégias de regulação da assistência	-Protocolos clínicos -Centrais de regulação	Baixo; experiências pontuais
Estímulo a experiências inovadoras	-Seminários, encontros e mostras nacionais e estaduais	Baixo

Fonte: Elaboração própria.

A intensidade da adoção e combinação entre as estratégias varia no período do estudo, indicando mudanças no *modus operandi* do Ministério da Saúde ao longo do tempo. Em alguma medida, as diferenças na lógica de regulação federal sobre o sistema de

saúde parecem refletir distintas concepções sobre o papel de coordenação federativa do Ministério da Saúde, conforme abordado no Capítulo 4.

Assim, a uma concepção de que a coordenação federativa implica a indução de políticas e busca de padrões nacionais, parece corresponder uma ênfase nas estratégias de normalização e regulação financeira federal, que predominam na gestão Serra-Negri. Já uma concepção do papel federal de coordenação federativa calcado no apoio a estados e municípios, conforme a defendida por dirigentes da gestão Haddad-Santillo, implicaria em uma ênfase nas estratégias de cooperação, apoio técnico e incentivos à troca de experiências, com maior autonomia dos gestores estaduais e municipais para a aplicação de recursos federais. Uma terceira visão de coordenação federativa, calcada na divisão de funções e atribuições gestoras e harmonização entre as esferas, exigiria um novo pacto entre esferas de governo e a ponderação das várias estratégias, talvez com delimitação da normalização federal a propósitos específicos, valorização da cooperação como estratégia de transferência de atribuições com autonomia, tratamento diferenciado das Ufs e ênfase nas estratégias de pactuação de prioridades, objetivos e metas.

No entanto, ainda que a adoção em conjunto dessas estratégias de regulação federal possam influenciar no desenho e nas características dos sistemas estaduais e municipais de saúde, isso não significa um poder efetivo do Ministério da Saúde sobre a melhoria da situação de saúde da população e a redução das desigualdades em saúde. Ou seja, mesmo a relativa homogeneização dos meios não garante uma maior homogeneidade em termos de resultados sanitários.

Regulação sanitária

A regulação sanitária é uma função tradicional de saúde pública que compreende um conjunto diversificado de atribuições voltadas para assegurar a qualidade de uma variedade de produtos e serviços de interesse para a saúde, o que requer dois tipos de políticas: (a) a avaliação de riscos, que tem interface com a área de desenvolvimento científico e tecnológico; (b) o gerenciamento de riscos.

Conforme abordado no Capítulo 6, a atuação do Ministério da Saúde tradicionalmente se dá principalmente no gerenciamento de riscos, envolvendo, entre outras atividades: a emissão de normas técnicas e de qualidade de produtos relevantes para a saúde; a autorização para a circulação de produtos; procedimentos de controle de qualidade de produtos; a fiscalização de portos, aeroportos e fronteiras. Outro grupo

importante de atividades, a fiscalização de ações e estabelecimentos de interesse para a saúde, antes mesmo do Sistema Único de Saúde, já era em alguma medida exercida por diversos estados e municípios.

A função de regulação sanitária expressa em alguma medida o poder de polícia do Estado, visto que a autoridade sanitária pode punir os infratores às normas estabelecidas para controle dos riscos à saúde da população.

Em algumas situações, o órgão ou agência responsável pela regulação sanitária pode ter prerrogativas e atribuições que avançam além do que seriam as atividades típicas de regulação dos riscos à saúde. Por exemplo, a cobrança de taxas para o registro de novos produtos pode ser utilizada para modular a entrada de produtos no mercado, configurando-se nesse caso como uma estratégia de regulação de mercados⁴⁸⁶. Além disso, estratégias de monitoramento, controle e regulação de preços de produtos, que não são a princípio atividades de regulação de riscos para a saúde, mas sim de mercados, podem ser eventualmente delegadas ao órgão responsável pela regulação sanitária.

No período do estudo, observam-se algumas continuidades, mas também mudanças importantes no padrão de atuação federal na regulação sanitária. O principal traço de continuidade talvez seja o foco principal da regulação sanitária federal na área de medicamentos, que já era observada antes do SUS. A tradicional área de vigilância de portos, aeroportos e fronteiras também permanece sob responsabilidade federal nos anos 90.

Já em relação às mudanças na atuação federal, dois pontos merecem destaque. O primeiro diz respeito às novas exigências colocadas pela abertura dos mercados e negociações comerciais que, como salienta Lucchese (2001) apontam a importância de participação ativa do Ministério da Saúde em questões de âmbito internacional, e evidenciam as fragilidades da área, conforme discutido no Capítulo 6. O segundo é que as principais mudanças na atuação federal ocorrem ao fim dos anos 90, por ocasião da descentralização das ações e recursos referentes à vigilância sanitária e da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que representa uma inflexão importante para a ação federal nesse campo.

⁴⁸⁶ Em entrevista à pesquisadora em 24 de agosto de 2004, o Ministro Adib Jatene relatou ter visitado durante a sua gestão o *Food and Drugs Administration (FDA)* nos EUA com o então Secretário de Vigilância Sanitária Elisaldo Carlini. O Ministro observou que a agência americana cobrava taxas bastante elevadas para a entrada de novos produtos no mercado, como estratégia de limitar a quantidade de produtos e de formas de apresentação, além de assegurar a composição de um mercado com empresas mais sólidas. Para o Ministro,

No período de 1999 a 2002, há por um lado uma diversificação e ampliação das ações federais por meio da ANVISA e por outro a incorporação de um papel de coordenação e acompanhamento do processo de descentralização das atribuições de vigilância sanitária para estados e municípios. A ação reguladora da ANVISA continua bastante orientada para a área de medicamentos, com ênfase no registro de novos produtos e procedimentos para verificação de qualidade, sendo claramente priorizada no período a política de genéricos. Associada a esta política, a ANVISA assume também responsabilidades que podem ser enquadradas como de regulação de mercados, como as estratégias de monitoramento/ controle de preços de medicamentos.

Outra mudança no período é o reconhecimento da importância da regulação sanitária de serviços de saúde, aproximando a área da vigilância sanitária à questão da qualidade da assistência, ou em outras palavras, aproximando o debate sobre a qualidade dos produtos das condições concretas em que eles são utilizados. A atuação da ANVISA nesse âmbito se dá no que diz respeito à elaboração de normas e protocolos técnicos em áreas específicas, além de apoio a projetos de pesquisa relativos à qualidade dos serviços. No entanto, essas iniciativas ocorrem de forma descolada do desenho de políticas no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde.

Quanto à fiscalização de ações e estabelecimentos de interesse para a saúde, a atuação reguladora federal se volta mais para a pactuação de metas, apoio técnico e acompanhamento de estados e municípios, associados ao financiamento federal. O modelo de descentralização e definição de papéis nessa área na prática difere do predominante em relação à assistência, uma vez que em geral envolve uma valorização do papel do gestor estadual e uma divisão de responsabilidades orientada pelo tipo ou complexidade dos estabelecimentos a serem fiscalizados.

A análise mais aprofundada do modelo de regulação sanitária federal no período requer o desenvolvimento de estudos específicos, fugindo ao escopo deste trabalho.

Regulação de mercados em saúde

Existem diversos tipos de mercados em saúde, com diferentes características e dinâmicas, tais como o mercado de prestadores privados de serviços, de medicamentos, de equipamentos médicos, de assistência médica suplementar, entre outros⁴⁸⁷. Para efeito

no Brasil haveria uma permissividade bem maior à entrada de novos produtos, por meio da cobrança de taxas irrisórias e da aceitação de um grande número de formas de apresentação para uma mesma droga.

⁴⁸⁷ Teixeira (2001).

deste texto, entende-se por regulação de mercados em saúde a adoção de estratégias pelo Estado que visam interferir no funcionamento de um ou mais desses mercados.

No Brasil, historicamente o Estado desempenha um papel relevante no fomento à formação e desenvolvimento de vários mercados em saúde, de forma indireta ou direta. Como exemplo de atuação indireta, pode-se citar a própria formulação de políticas públicas de saúde como geradora de demandas por produtos e serviços de saúde, e os subsídios indiretos ao setor privado, como a renúncia fiscal. Como exemplos de atuação mais direta, cabe apontar: a compra de serviços privados pelo INAMPS, a compra de medicamentos pela CEME, as linhas de financiamento público para empresas e serviços privados da área da saúde, entre outras⁴⁸⁸.

Vale ainda ressaltar que, face à expressão econômica do setor saúde, decisões tomadas por outras áreas de governo que não a autoridade sanitária nacional podem influenciar de forma importante os mercados em saúde.

No que diz respeito à atuação do Ministério da Saúde na regulação de mercados em saúde no período de 1990 a 2002, podem ser apontadas quatro vertentes principais.

A primeira é a importância da formulação de políticas nacionais/ indução federal em todo o período do estudo, que repercute seja sobre os prestadores de serviços, seja sobre a conformação dos sistemas estaduais e municipais de saúde por meio das estratégias de regulação anteriormente descritas, gerando demandas por produtos e serviços.

A segunda é o caráter relativamente delimitado, porém estratégico, da produção federal direta de insumos como medicamentos e vacinas, particularmente por meio da FIOCRUZ, pelas suas implicações em termos do desenvolvimento científico e tecnológico na área e possibilidade de fortalecimento da atuação pública em face dos mercados privados nacionais e transnacionais, tanto pela inovação/ apropriação de tecnologias como pela capacidade de interferir nos preços de insumos. Apesar das tensões relacionadas à agenda de Reforma do Estado, por um lado, e da relativa estagnação da indústria nacional, por outro, a produção federal de insumos pela FIOCRUZ mantém certa importância ao longo do período do estudo.

A terceira é a progressiva redução do papel de comprador direto ao longo da década, seja de serviços privados (cujo pagamento direto pelo MS diminui), de insumos para abastecimento das unidades federais (que são em sua maior parte descentralizadas); e

⁴⁸⁸ Tais questões são apontadas no Capítulo 2.

de medicamentos para abastecimento da rede pública, por meio da CEME (que é extinta em 1998).

A quarta característica é a expansão de novas atividades de regulação de mercados a partir de 1998, com destaque para a regulação de preços de medicamentos (como a política de genéricos, a isenção tributária para medicamentos e os bancos de preços) e a regulação do setor de assistência médica suplementar (principalmente a partir da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar no início de 2000). Ressalte-se ainda que a forma como a área de vigilância sanitária se estrutura tem uma interface com a regulação de mercados, seja por meio do controle de produtos (a autorização da entrada de produtos no mercado, controle da qualidade), seja pelas atividades de monitoramento de preços, assumidas após 1999.

Na realidade, a prioridade dada a partir de 1998 à política de genéricos como estratégia de regulação de preços e à regulação da assistência médica suplementar são sugestivas de uma inflexão do modelo de regulação do Ministério da Saúde no sentido da proteção aos consumidores, visto que tais políticas se direcionam principalmente a uma parcela da população com capacidade de pagamento privado, seja para a aquisição de medicamentos ou para a contratação de planos/ seguros saúde no mercado.

Conquanto tais políticas regulatórias sejam relevantes, as questões levantadas alertam para a importância de situá-las em um marco mais geral da atuação federal, pautada por finalidades e diretrizes claras do Estado Nacional na defesa da cidadania e na promoção da equidade, para evitar que estratégias isoladas de regulação venham a se tornar elementos de afirmação ou de agravamento da cisão no sistema de saúde e das desigualdades sociais no país.

Além disso, a atuação do Ministério da Saúde na regulação de mercados em saúde no período do estudo é limitada pela restrita interação com outras áreas governamentais que definem políticas relevantes para o funcionamento desses mercados, como a área responsável pela política industrial, assim como pelas próprias características de vários desses mercados no plano internacional e nacional.

Em síntese, em que pese o movimento de descentralização observado no SUS, o Ministério da Saúde continua exercendo um poder significativo sobre as políticas de saúde, traduzido em diferentes formas de regular a política. Destacam-se as seguintes características do modo de regulação do Ministério no período do estudo:

- Coexistência de velhas e novas práticas de regulação federal;

- Transferência de algumas responsabilidades para os gestores estaduais e municipais (por exemplo, regulação dos prestadores de serviços) e direcionamento da grande parte das ações de regulação federal para a atuação dos gestores estaduais e municipais;
- Grande peso da normatização e dos mecanismos financeiros de indução e regulação de políticas e práticas nos âmbitos estadual e municipal;
- Diversificação das estratégias, mecanismos e instrumentos de regulação;
- Adoção de estratégias de regulação de mercados orientadas para a proteção aos consumidores (mesmo do segmento privado);
- Persistência de dificuldades e insuficiências de regulação federal sobre mercados e agentes privados, sejam prestadores de serviços ao SUS ou outros agentes (produtores de insumos e operadoras de planos e seguros saúde);
- Fragmentação de estratégias e falta de clareza acerca da direcionalidade de algumas estratégias de regulação;
- Excesso de regulação federal em alguns âmbitos e deficiência em outros, no que concerne às condições necessárias para a consolidação do SUS.

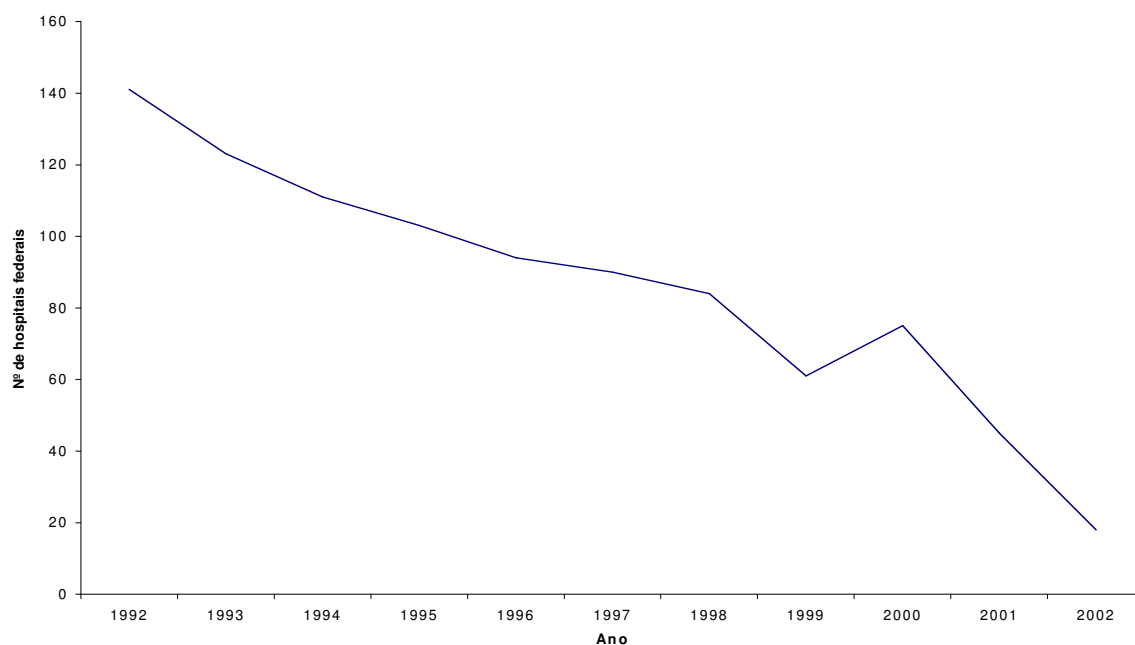
Execução de ações e serviços

Nos período de 1990 a 2002, ocorre uma marcante redução do papel do Ministério da Saúde de prestador direto de serviços e ações de saúde, principalmente por meio da progressiva transferência de pessoal e de serviços federais para estados e municípios, mas em alguma medida também cursando com redução do funcionalismo federal e da oferta de alguns tipos de serviços (por exemplo, diminuição dos leitos hospitalares).

Esse movimento é coerente, por um lado, com a diretriz do SUS de descentralização político-administrativa, por outro, com as diretrizes da reforma da administração pública federal nos anos 90, de retração do papel do Estado de execução direta de ações. Embora a retração do papel prestador do Ministério da Saúde seja resultado da convergência dessas duas agendas, as características do setor saúde e o dever do Estado na garantia do direito à saúde colocam exigências e desafios para a condução desse processo – financiamento adequado, políticas de recursos humanos abrangentes, formação e coordenação de redes de serviços -, nem sempre adequadamente equacionados, gerando novos problemas para a organização do sistema no âmbito estadual e municipal.

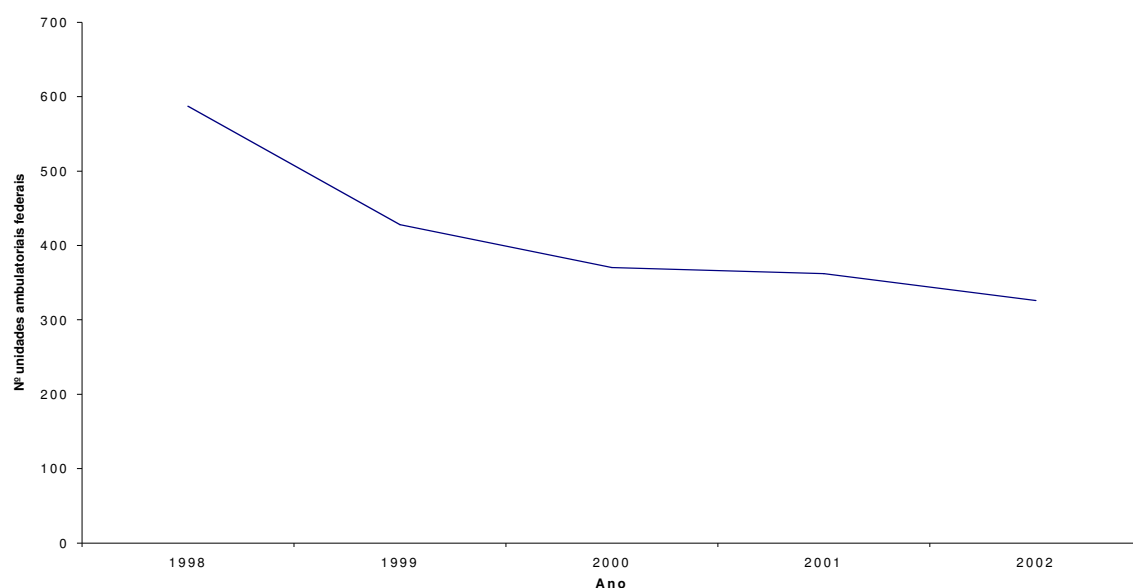
As figuras 7.8 e 7.9. ilustram o decréscimo no período do número de unidades federais hospitalares (de 1992 a 2002) e ambulatoriais (de 1998 e 2002).

Figura 7.8.– Evolução do nº de unidades hospitalares federais de 1992 a 2002.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Elaboração própria.
Nota: Não inclui os hospitais universitários.

Figura 7.9.– Evolução do nº de unidades ambulatoriais federais de 1998 a 2002.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIH/SUS). Elaboração própria.

Apesar do movimento de descentralização de unidades federais ter se iniciado ainda nos anos 80 e ter sido mais intenso no início dos anos 90, observa-se que até o final do período do estudo ainda continua a ocorrer redução do número de serviços federais hospitalares e ambulatoriais, relacionada a processos de descentralização mais tardios em algumas unidades da federação (estados da região Norte; estado do Rio de Janeiro, no caso

dos serviços anteriormente ligados ao INAMPS) e em algumas áreas da atenção (como controle de endemias, sob responsabilidade da FUNASA, cuja descentralização é mais tardia).

Os dados da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (MAS/IBGE) apresentam algumas diferenças em relação aos dados do Ministério da Saúde, porém evidenciam a mesma tendência, como pode ser visto nas tabelas 7.7. (referente ao total de estabelecimentos de saúde) e 7.8 (referente aos estabelecimentos de saúde com internação).

Tabela 7.7.- Distribuição do total de estabelecimentos de saúde segundo esfera administrativa - Brasil, 1990, 1992 a 2002.

Esfera	1990		1992		2002		Variação 1990/1992	Variação 1992/2002	Variação 1990/2002
	nº	%	nº	%	nº	%			
Federal	1.905	5,3	1.387	2,8	652	1,0	-27%	-53%	-66%
Estadual	9.875	27,7	7.043	14,2	1.600	2,4	-29%	-77%	-84%
Municipal	12.078	33,8	18.662	37,6	36.095	55,2	55%	93%	199%
Privado	11.843	33,2	22.584	45,5	26.996	41,3	91%	20%	128%
Total	35.701	100,0	49.676	100,0	65.343	100,0	39%	32%	83%

Fonte: AMS/IBGE - 1990, 1992 e 2002. Elaboração própria.

Tabela 7.8.- Distribuição do total de estabelecimentos de saúde com internação segundo esfera administrativa- Brasil, 1990, 1992 e 2002.

Esfera	1990		1992		2002		Variação 1990/1992	Variação 1992/2002	Variação 1990/2002
	nº	%	nº	%	nº	%			
Federal	259	3,6	212	2,9	147	2,0	-18%	-31%	-43%
Estadual	900	12,4	856	11,5	610	8,2	-5%	-29%	-32%
Municipal	875	12,0	1.046	14,1	1.831	24,8	20%	75%	109%
Privado	5.246	72,1	5.316	71,5	4809	65,0	1%	-10%	-8%
Total	7.280	100,0	7.430	100,0	7.397	100,0	2%	0%	2%

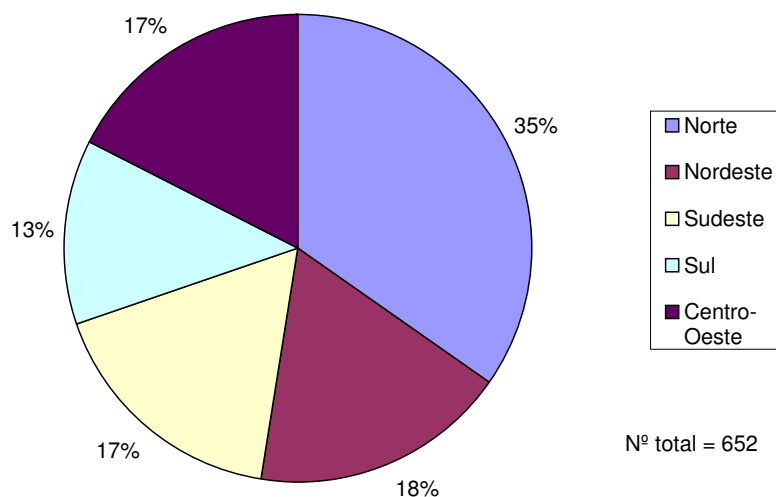
Fonte: AMS/IBGE - 1990, 1992 e 2002. Elaboração própria.

Nota: Para 1990, foram selecionadas as unidades classificadas como "unidades mistas" ou "hospitais"; para 1992 e 2002, as unidades classificadas como "regime= com internação".

Observa-se que, considerando o total de estabelecimentos de saúde, com ou sem internação (Tabela 7.7) a redução do número de unidades federais é acompanhada por uma redução de serviços estaduais e um acentuado aumento de serviços municipais e privados. Já no que tange aos estabelecimentos com internação (Tabela 7.8), ocorre redução de serviços federais, estaduais, privados e aumento apenas dos serviços municipais.

Apesar do movimento de descentralização de unidades ter sido intenso no período do estudo, chama a atenção a existência ainda no ano de 2002 de 652 unidades federais no país. A distribuição regional evidencia que a Região Norte é a que apresenta o maior número de unidades federais nesse ano (Figura 7.10), o que provavelmente tem relação com a persistência de unidades da FUNASA sob a gerência federal.

Figura 7.10 - Distribuição dos estabelecimentos de saúde federais segundo regiões do país em 2002.



Fonte: AMS/IBGE - 2002. Elaboração própria.

Há também certa variação entre estados, porém somente em Roraima as unidades federais continuam a representar uma proporção importante no conjunto de estabelecimentos, correspondendo a 32% do total de estabelecimentos de saúde e a 37% dos públicos. Nas demais Ufs, a participação federal não ultrapassa 5% do total de estabelecimentos ou 8% dos estabelecimentos públicos.

Considerando somente os estabelecimentos federais com internação, que segundo a AMS/IBGE, são 147 no ano 2002⁴⁸⁹, os estados com números mais expressivos são Rio de Janeiro (25 estabelecimentos), Rio Grande do Sul (18), Mato Grosso do Sul (13) e Amazonas (10). Esses hospitais apresentam diferenças em relação ao seu perfil e vinculação institucional, havendo unidades diretamente ligadas à SAS/MS (grandes hospitais no estado do Rio de Janeiro), à FUNASA (em estados da região Norte) e hospitais ligados às universidades federais (em várias Ufs do país).

⁴⁸⁹ Nos dados da AMS/IBGE, estão incluídos entre os hospitais federais os universitários federais. Isso explica de certo modo a diferença entre o número de hospitais federais segundo a AMS/IBGE apresentado na Tabela 7.8 e o número segundo o SIH/SUS apresentado na Figura 7.8. O SIH-SUS separa os universitários privados, mas não diferencia os públicos por esfera administrativa.

No caso do Rio de Janeiro, o maior número de hospitais tem relação com a história do Município do Rio, antiga capital federal, que explica tanto a marcante presença de unidades antes ligadas às instituições previdenciárias ou às campanhas do Ministério da Saúde - cujo processo de descentralização esbarra em várias dificuldades nos anos 90⁴⁹⁰ -, como o importante número de hospitais universitários. Decorre disso uma grande importância dos hospitais federais na oferta de serviços no município e na região metropolitana do Rio de Janeiro, o que paradoxalmente tem levado a dificuldades na organização da rede de serviços, pelo acirramento dos conflitos intergovernamentais.

A situação dos hospitais universitários merece uma discussão à parte, que foge ao escopo deste trabalho. Segundo informações da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE, havia em setembro de 2004 um total de 43 hospitais universitários federais no país, mais concentrados nas regiões Sudeste e Nordeste⁴⁹¹. Esses hospitais, apesar de seu número relativamente pequeno, têm grande importância no que diz respeito à prestação de serviços de referência de alta complexidade e também na formação dos profissionais de saúde. Tais hospitais se vinculam a instituições federais de ensino superior, por sua vez subordinadas ao Ministério da Educação. Como já se mencionou, não houve nos anos 90 uma parceria sólida entre o Ministério da Educação e o da Saúde que possibilitasse o desenvolvimento de propostas abrangentes para esses hospitais orientadas pelas necessidades do SUS, tanto no que se refere à formação de profissionais quanto ao seu papel e inserção na rede de serviços. O financiamento desses hospitais é partilhado - a maior parte dos profissionais estatutários é paga pelo orçamento da Educação, enquanto o financiamento das despesas correntes depende do orçamento do Ministério da Saúde – e em alguns momentos houve iniciativas de mecanismos específicos de financiamento, que no entanto são considerados insatisfatórios pela principal entidade representativa desses hospitais, levando a dificuldades para vários desses hospitais⁴⁹².

⁴⁹⁰ Tal questão é explorada em trabalhos anteriores da autora (Machado, 1999 e 2001).

⁴⁹¹ A distribuição é a seguinte: 16 hospitais na região Sudeste (dez só no estado do Rio), 14 na Nordeste, 7 na Sul e apenas 2 na região Norte. Dados obtidos de www.abrahue.org.br. Acesso em 20 de maio de 2005.

⁴⁹² Algumas dificuldades dos hospitais universitários federais, particularmente as relacionadas à questão de pessoal e ao modelo de financiamento, são apontadas em documentos da ABRAHUE, disponíveis no *site* da instituição (www.abrahue.org.br; acesso em 20 de maio de 2005).

Considerações Finais

Este trabalho analisa o papel do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002, considerando o modelo de atuação do Estado na saúde, expresso nas funções de gestão do sistema e a direcionalidade da ação estatal, impregnada de sentido e de valores, fruto da influência de diversas variáveis e da interação de diferentes forças e projetos políticos, explícitos ou implícitos.

Busca-se compreender a ação da autoridade sanitária nacional, traduzida na lógica de intervenção e no conteúdo substantivo da política federal, em seus elementos de afinidade ou de distanciamento em relação ao projeto da reforma sanitária brasileira de concretização da saúde como direito de cidadania, inserida em uma lógica ampla de proteção social. Nesse sentido, tanto as políticas prioritárias como as fragilidades e lacunas da ação federal fornecem indicações para a compreensão da direcionalidade da ação do Ministério da Saúde.

O projeto reformista da saúde construído na década de 1980, inscrito na Constituição de 1988 e na legislação do SUS, pressupunha um novo modelo de intervenção do Estado na saúde e a configuração de uma nova autoridade sanitária nacional. Tal projeto implicava: a *unificação de comando* sobre a política nacional; a *conformação de uma política nacional de saúde única* (que nunca havia existido); uma nova *inserção da política de saúde no bojo das demais políticas públicas*; *novas relações entre o gestor federal da política e outros atores* setoriais e extra-setoriais; *mudanças nas funções e no papel do gestor federal* do sistema de saúde.

O processo de *formação da nova autoridade sanitária nacional* envolve muitas mudanças institucionais, como a incorporação ao Ministério da Saúde de estruturas administrativas de peso, a formação de novos órgãos e entidades, a extinção de outros, alterações na inserção de programas e na distribuição interna de atribuições sobre a política. Tais mudanças, embora mais intensas no início dos anos 90, continuam a ocorrer na segunda metade da década e expressam vários tipos de influências, em um contexto político adverso à expansão da atuação do Estado na saúde e à construção de políticas integradas.

A *unidade da política nacional de saúde* é posta em xeque pelo caráter fragmentado na condução das políticas federais predominante na maior parte do período estudado no âmbito do Ministério da Saúde. Uma das explicações para isso é a trajetória

prévia de fragmentação da área da saúde e a dificuldade de superá-la em meio a aceleradas e complexas mudanças institucionais. Um segundo motivo possível é o predomínio de relações competitivas entre os dirigentes no alto escalão ministerial. Mas uma terceira explicação a ser considerada é a ausência de um projeto positivo e integrado para a atuação do Ministério da Saúde que fosse assumido pelas diversas gestões ministeriais. As sucessivas equipes dirigentes, por motivos variados, não logram construir uma proposta de intervenção clara para o Ministério e isso pouco lhes é cobrado pelos demais atores setoriais. A propósito, a (re)definição do papel do gestor federal não é um tema central nos anos 90, período em que se observa uma grande efervescência do debate sobre a descentralização, enquanto a construção de um novo papel positivo da esfera federal é deixada de lado. Desse modo, predomina no Ministério da Saúde no período estudado um estilo de condução por áreas ou temas da política, de definição de prioridades por um grupo restrito de dirigentes e de formulação de estratégias de forma experimental e intermitente.

Além da unidade interna, outro aspecto a ser considerado é a *integração da política de saúde com as demais políticas públicas* no âmbito nacional, tendo em vista a noção constitucional de garantia da saúde mediante políticas econômicas e sociais abrangentes. A quebra da noção de Seguridade Social no início dos anos 90 e a trajetória fragmentada das políticas sociais ao longo da década prejudicam a integração da política de saúde com outras políticas relevantes e restringem seus possíveis efeitos sobre o bem-estar social. Ademais, tais fatores ao mesmo tempo expressam e agravam a situação de fragilidade da área social face a um modelo econômico adverso. No que diz respeito à relação da política nacional de saúde com as demais áreas relevantes para a saúde – política industrial, desenvolvimento científico e tecnológico - também predomina o distanciamento e/ou a incongruência de rumos. A posição do Ministério da Saúde na maior parte do período é moderadamente reativa às políticas econômicas adversas e tímida na articulação com outras políticas governamentais, com escassa evidência de busca de inserção diferenciada da política de saúde no projeto governamental. Predomina da parte do Ministério da Saúde um estilo de condução relativamente isolado da política setorial, o que, no entanto, não significa um insulamento real da saúde dos efeitos das demais políticas.

No plano das *relações da autoridade nacional de saúde com outros atores* ocorrem mudanças substantivas no período estudado. A constituição de canais institucionais formais de negociação e participação de outros gestores e entes não-governamentais na definição de estratégias e rumos da política de saúde é um inegável avanço setorial,

coerente com o contexto de democratização da sociedade brasileira. A existência de uma Comissão Intergestores Tripartite composta por gestores das três esferas de governo, ainda que com foco na descentralização, representa uma inovação no âmbito das relações federativas na condução nacional de uma política pública que tem servido de exemplo e inspiração para outras áreas. O Conselho Nacional de Saúde se afirma como um canal importante de participação social no debate sobre a política de saúde, embora com muitos questionamentos e restrições ao seu papel e caráter deliberativo por parte dos dirigentes federais. Não se trata aqui de ignorar a persistência de assimetrias nas relações de poder entre Ministério da Saúde e os demais membros das instâncias colegiadas do SUS na formulação da política nacional de saúde. Mas cabe ressaltar que o funcionamento da CIT e do CNS fortalece outros atores na cena política nacional e impõe novas exigências para o Ministério, que passa a considerá-los em seu cálculo político, mesmo em momentos em que o papel dessas instâncias não é adequadamente valorizado por alguns dirigentes federais.

Por outro lado, a pesquisa sugere que as potencialidades desses canais não são totalmente aproveitadas pelo Ministério da Saúde. No caso da Comissão Intergestores Tripartite, isso se deve à ênfase dessa instância em negociações táticas referentes à descentralização e à postura hegemônica do Ministério de busca de legitimação de propostas previamente construídas. A CIT pouco funciona como canal de troca de conhecimento, de debate e de análise sobre as condições reais de funcionamento e os desafios do sistema nos estados e municípios, o que poderia trazer aportes importantes para a formulação estratégica da política nacional.

Já o Conselho Nacional de Saúde é uma instância que apresenta um dinamismo peculiar e conta com a participação de grande variedade de atores sociais – representantes de outras áreas do Executivo federal, do Legislativo, de representantes dos trabalhadores e de empresários, de prestadores de serviços ao SUS, dos profissionais de saúde, de movimentos sociais e de entidades organizadas por usuários. Em que pese a afirmação de sua importância no discurso de vários entrevistados – apesar das ressalvas de alguns - chama a atenção o raro reconhecimento pelos dirigentes federais do imenso potencial dessa instância como canal de diálogo e de transformação nas relações entre Estado e sociedade, no sentido do estabelecimento de novos pactos e da luta pela ampliação e pelo fortalecimento da base social de apoio ao SUS em um contexto político-econômico adverso.

No que concerne às *funções de gestão do sistema de saúde* abordadas neste trabalho – formulação de políticas e planejamento; financiamento; regulação e execução de ações e serviços – observam-se importantes mudanças na atuação do Ministério da Saúde no período estudado. Tais mudanças têm relação com duas agendas reformistas que interagem no período – a agenda da reforma sanitária e a agenda liberal de reforma do Estado – e são amplamente moldadas pela sua única diretriz comum, a descentralização, que assume características peculiares na saúde, no contexto federativo brasileiro.

A mudança mais óbvia é a redução do papel de prestador direto da esfera federal, fruto de descentralização de serviços e de servidores para estados e municípios e do enxugamento da administração federal.

A análise das funções de financiamento e da regulação fornece elementos muito substantivos para a compreensão do modelo de intervenção do Ministério da Saúde no período estudado. Em primeiro lugar porque, ainda que a prestação direta de serviços federais tivesse importância até os anos 80, no âmbito da assistência médica previdenciária sob comando do INAMPS predominava a compra de serviços hospitalares privados. Ou seja, já estava dada no sistema brasileiro a “separação entre financiamento e provisão de serviços”, um jargão da agenda liberal aplicado às reformas sanitárias recentes de vários países. A herança do padrão de relacionamento entre público e privado configurado no âmbito da Previdência é um fator explicativo importante para a configuração do SUS e do modelo de intervenção do Estado na saúde nas esferas nacional, estadual e municipal.

Pode-se dizer, portanto, que as funções de Estado na saúde, no âmbito nacional, mais proeminentes no modelo de universalização privatista hegemônico até os anos 80 eram o financiamento, em que o peso federal era importante e a regulação, expressa em normas técnicas e em medidas frágeis de controle sobre os prestadores. A formulação de políticas e o planejamento em órgãos federais seguia uma lógica fragmentada, visto que não existia uma política nacional de saúde integrada. Além disso, predominava um modelo de intervenção inadequado à realidade sanitária brasileira, conforme amplamente propalado pelo movimento sanitário.

No período estudado também se sobressaem as funções de financiamento e de regulação do Ministério da Saúde, influenciadas pelo padrão anterior de intervenção estatal, porém com diferenças em relação a ele e às expectativas suscitadas pela reforma sanitária.

O financiamento federal da saúde sofre revezes importantes, relacionados à não concretização do Orçamento da Seguridade Social, à alta instabilidade das fontes de

financiamento e às oscilações no aporte de recursos na maior parte do período. A vinculação de recursos para a saúde, embora represente um avanço, ocorre apenas no ano 2000 e é mais frágil no que se refere ao compromisso financeiro da União do que no caso de estados e municípios, além de colocar a “pá de cal” na lógica do Orçamento da Seguridade Social. Os efeitos da Emenda Constitucional nº 29/2000 sobre o financiamento federal nos primeiros anos de sua implantação são mais sugestivos de garantia de um patamar estável de gastos do que de aumento real no aporte de recursos federais para a saúde. Ademais, a longa luta pela vinculação é substituída por conflitos relativos à regulamentação e ao cumprimento efetivo da emenda, em face de novos tipos de questionamentos e obstáculos colocados pela área econômica do governo federal.

A persistência de dificuldades no financiamento federal é incongruente com as necessidades de expansão do acesso às ações públicas de saúde e representa um óbice à promoção da equidade em saúde e fortalecimento da cidadania, dado que não há possibilidade de os estados e municípios substituírem o papel da União no financiamento, em uma federação desigual como a brasileira.

No que diz respeito à lógica de execução de recursos federais, houve mudanças importantes, com destaque para o progressivo aumento das transferências diretas de recursos federais para estados e municípios em contraposição à execução centralizada dos recursos e para a adoção de novos critérios e mecanismos de financiamento. Ainda assim, cabe assinalar o caráter gradual e relativamente tardio dessas mudanças. Somente em 1998 é introduzido o primeiro mecanismo de financiamento federal *per capita* na saúde, voltado para a atenção básica. Nesse ano, a proporção das transferências financeiras federais para estados e municípios alcança a metade do total de recursos federais passíveis de transferência intergovernamental.

Por outro lado, uma inflexão importante observada no modelo de atuação do Ministério a partir de 1998 é que o processo de descentralização de recursos federais é acompanhado por um aumento nas condicionalidades e regras para a aplicação desses recursos. Ou seja, em face da perda de poder da esfera federal na execução direta dos gastos, o Ministério da Saúde procura manter seu poder na definição de rumos e de estratégias da política por meio do estabelecimento de condições para a utilização desses recursos por estados e municípios. Os incentivos e outros mecanismos de vinculação de recursos a programas específicos são amplamente utilizados para fazer valer as prioridades federais, propiciar a expansão e dar visibilidade às políticas definidas nacionalmente.

Configura-se, a partir de então, um novo modelo regulatório do Ministério da Saúde, não mais centrado no controle de prestadores de serviços, mas orientado principalmente para a indução de políticas e práticas por estados e municípios, por meio de intensa normalização atrelada a mecanismos financeiros. O novo modelo guarda traços de práticas tradicionais de regulação dos antigos gestores da saúde – Ministério da Saúde e INAMPS – como a normalização técnica, a lógica de incentivos por programas, a programação baseada na série histórica e na oferta, as práticas de controle físico-financeiro com base em sistemas de informações – porém, apresenta mudanças significativas, diante da intensidade e do modelo de descentralização adotado.

Esse tipo de estratégia de forte indução de políticas no plano estadual e municipal se expressa nas diversas áreas do Ministério da Saúde, mas no âmbito da assistência à saúde se torna objeto de conflitos mais acirrados. Isso se deve tanto à tradição e importância histórica desse campo – dadas pela especificidade do objeto e peso financeiro da assistência – , quanto à retomada de foco da política nacional no modelo de atenção a partir de meados da década. Na agenda federal, as estratégias de mudança de modelo – como o Programa de Saúde da Família –, de organização de redes específicas e de regulação da alta complexidade ganham maior destaque e se tornam objeto de intensa regulamentação. Por outro lado, o foco do processo de descentralização ao longo da maior parte do período estudado é igualmente a assistência à saúde. Portanto, é nesse campo que os gestores estaduais e os municipais depositam as suas maiores expectativas de ampliação de autonomia e de capacidade gestora.

Outro fator que influencia a conformação do novo modelo regulatório é o perfil dos dirigentes federais e a sua visão sobre o papel do Ministério da Saúde, particularmente no que se refere à concepção de coordenação federativa hegemônica entre os dirigentes do período 1998-2002, baseada na lógica de alcance de padrões nacionais por meio de forte indução e normalização federal.

Além das variáveis histórico-estruturais (relativas às características de atuação do Estado brasileiro), institucionais (trajetória da política de saúde, modelo de descentralização) e políticas (perfil e visão dos atores), o modelo regulatório adotado também é fruto das condições em que ocorrem a implantação da política nacional e a descentralização em saúde. Assinale-se nesse sentido as restrições financeiras do orçamento federal, que limitam a margem de manobra do Ministério da Saúde para compatibilizar transferências intergovernamentais em bloco com maior autonomia de utilização, com a viabilização de políticas definidas nacionalmente. A concretização de

propostas federais em um contexto de limitações financeiras requer a utilização dos recursos descentralizados e, portanto, a adesão de estados e municípios que os recebem. Nessa ótica, a forte indução e regulação federal sobre os sistemas estaduais e municipais é uma estratégia de viabilização política do Ministério da Saúde em um contexto federal adverso.

Mas o novo modelo de regulação do Ministério da Saúde evidenciado principalmente a partir de 1998 não se caracteriza apenas pelas práticas de regulação sobre estados e municípios. Uma inflexão importante diz respeito à expansão de estratégias de regulação sobre aspectos específicos de mercados em saúde, orientadas pela perspectiva de proteção aos consumidores. A regulação da assistência médica suplementar e o programa de medicamentos genéricos são políticas emblemáticas que se destacam na agenda do Ministério da Saúde após 1998. Tais políticas expressam uma diversificação das ações do Ministério e têm como principais traços distintivos das demais políticas nacionais: (a) a adoção de estratégias explícitas e diretas de regulação de mercados relevantes em saúde, com possibilidade de efeitos expressivos sobre agentes econômicos; (b) o fato de seu principal público-alvo serem as pessoas que adquirem produtos nos mercados privados.

Tais estratégias, embora dirigidas a áreas relevantes de intervenção estatal, em que a atuação federal até então era restrita ou omissa, trazem desafios quanto à sua inserção no conjunto da política de saúde e suscitam questionamentos em relação ao risco de aprofundamento da cisão entre dois subsistemas de saúde no Brasil – o público (SUS) e o privado (planos e seguros de saúde e desembolsos diretos) – e às finalidades de atuação do Estado na regulação de mercados em saúde no caso brasileiro.

Isso porque a ação federal se expande e se diversifica, não implicando porém, necessariamente, na melhoria da situação de saúde da maior parte da população brasileira. Ou seja, o debate sobre a regulação, ou em sentido mais amplo, sobre o modelo de intervenção do Ministério da Saúde é inócuo se descolado da consideração da direcionalidade e das finalidades de atuação do gestor federal.

Se a prestação de serviços, o financiamento e a regulação constituem funções de Estado que expressam mudanças nítidas no padrão de intervenção do Ministério da Saúde no período estudado, a *direcionalidade da política* tem relação mais próxima com outra função: o planejamento. A ausência de planejamento integrado do conjunto da política nacional de saúde, orientado por objetivos abrangentes e coerentes com os princípios do SUS, em uma perspectiva estratégica e de longo prazo (que transcenda mesmo o horizonte

de um governo), é talvez a lacuna mais grave do modelo de atuação do gestor federal no período analisado.

Ocorre que o planejamento em uma perspectiva mais ampla ou integrada está intimamente imbricado em um dado projeto de Estado e na direcionalidade desse projeto. No caso do Ministério da Saúde, o planejamento da política nacional de saúde implicaria na construção e na explicitação de um projeto positivo e abrangente de intervenção, o que não foi feito por nenhuma gestão ministerial no período estudado. Isso pode ter relação com a própria complexidade da conformação do novo Ministério, com a dificuldade de integração entre as áreas e mesmo com a visão e o estilo predominante de gestão dos dirigentes ministeriais do período, marcados pelo pragmatismo e pela pouca presença da perspectiva de longo prazo.

No entanto, o déficit de planejamento na atuação do Ministério da Saúde, nessa perspectiva ampliada, pode também estar relacionado a questões mais abrangentes relativas ao modelo de intervenção de Estado hegemônico nos anos 90 no plano nacional e à inserção da política de saúde nesse modelo e nos projetos dos sucessivos governos.

Na história brasileira, o planejamento nacional foi mais forte no modelo de Estado interventor e em períodos de autoritarismo político. Um grande desafio na transição dos anos 80 seria construir projeto de Estado e de planejamento nacional no novo contexto democrático. Porém, sabe-se que os anos 90 são marcados não apenas pela democratização, como pelo liberalismo econômico, pouco afeto ao planejamento estatal. A fragmentação de políticas e as práticas segmentadas, focalizadas e restritas de planejamento são típicas do modelo liberal. A visão liberal não é favorável à definição de um projeto positivo e abrangente de intervenção estatal, dado que orienta-se mais pelo que o Estado não deve fazer.

No caso da saúde, a agenda da reforma sanitária pressupunha um Estado interventor voltado para a garantia do direito à saúde, em um contexto democrático. O novo papel do Estado na saúde seria de promotor e guardião da cidadania. Mas a expansão da atuação do Ministério da Saúde que ocorre no período estudado irá refletir as tensões entre essa agenda e o modelo liberal de Estado que se torna hegemônico nos anos 90. Nesse sentido, o déficit de planejamento e a não configuração de um projeto claro para o Ministério da Saúde podem refletir a ausência de um projeto único – que, no contexto democrático, implicaria em explicitação de finalidades, embates, negociações e pactos sociais - ou conflitos entre vários projetos, impondo dificuldades à compreensão da direcionalidade da política nacional.

Se isso afeta a condução das políticas no âmbito do Ministério da Saúde, é ainda mais grave no que concerne à inserção da saúde no âmbito das demais políticas públicas. Em um contexto em que não há atualização do projeto de desenvolvimento nacional, é difícil analisar a relação entre políticas específicas e desenvolvimento, visto que preponderam as estratégias de ajuste e de adequação pragmática de projetos setoriais à conjuntura geral do(s) governo(s).

Nesse contexto, cabe perguntar: qual a força do SUS (como desdobramento do projeto da reforma sanitária brasileira) na conformação de um novo papel para o Ministério da Saúde? Que forças ou projetos políticos moldam mais a atuação do gestor federal? E ainda, qual a governabilidade do Ministério sobre a política de saúde?

Na ausência de clareza sobre um projeto positivo de atuação do Ministério da Saúde, a análise de políticas federais prioritárias ajuda a compreender as complexas relações entre política setorial, projeto de governo e papel do Estado na saúde, ao identificar as condições que favorecem a continuidade de algumas políticas e evidenciar as lacunas do sistema de saúde.

É interessante ressaltar que o desenho de três políticas priorizadas pelo gestor federal exploradas neste estudo – a descentralização, o Programa de Saúde da Família e a política de combate à AIDS – a princípio não foi incompatível com princípios e diretrizes importantes do SUS. Essas três políticas no período estudado tiveram as seguintes características em comum: continuidade ao longo de várias gestões ministeriais; apoio de diversos atores sociais; envolvimento de mais de uma área ou campo de atuação do Ministério da Saúde; introdução de inovações na política de saúde; mobilização de esforços para o desenvolvimento de estratégias em áreas onde o Ministério apresenta lacunas de atuação.

Por outro lado, cabe assinalar que essas três políticas têm natureza e escopo muito diferentes. A descentralização é uma diretriz de reforma do Estado; o Saúde da Família se configura como uma estratégia nacional de reformulação do modelo de atenção a partir da atenção básica, de implantação descentralizada; e a política de combate à AIDS se volta para o controle de um problema de saúde específico na população em geral e para a atenção às pessoas por ele acometidas, sob forte comando nacional no período estudado. Cabe então buscar compreender o que cada uma delas expressa em termos da ação federal, sendo ainda pertinente indagar: o que faz com que a prioridade de descentralização conviva na agenda do Ministério com políticas sob forte condução federal, como o PSF e o combate à AIDS?

A descentralização político-administrativa é uma diretriz de reforma do Estado nos anos 90 que representa o único ponto comum da agenda de reforma sanitária com a agenda liberal e isso explica em grande parte a intensidade desse processo na saúde no período. Mas as expectativas das duas agendas em relação à descentralização são diferentes, sendo importante considerar a forma de condução e as condições em que ocorre esse processo.

Na ótica da reforma sanitária, cuja ênfase era na desconcentração de poder e na democratização setorial, ocorrem de fato avanços na descentralização em saúde, com a entrada na cena política de milhares de atores locais (gestores, conselheiros, profissionais de saúde) e o fortalecimento das capacidades gestoras de muitos estados e municípios. O arranjo institucional do SUS relativo às negociações intergovernamentais – principalmente as comissões intergestores - passa a ser visto como exemplo para outras áreas da política pública.

Por outro lado, as condições em que ocorre a descentralização não são adequadas e os próprios avanços do processo evidenciam as distorções do(s) modelo(s) adotado(s) e as lacunas da política nacional de saúde. Tais lacunas se expressam tanto em termos dos campos e áreas específicos da política – recursos humanos, insumos – como em relação às funções a serem exercidas pelo gestor federal, sendo mais apontadas no âmbito do financiamento em saúde. Com o amadurecimento do processo e dos atores que participam do debate sobre a política nacional, crescem as críticas ao modelo regulatório adotado e torna-se mais evidente que a atuação federal é intensa ou mesmo excessiva em alguns âmbitos, porém insuficiente em outros.

Para efeito deste trabalho, uma importante lição pode ser extraída da análise da estratégia nacional de descentralização em saúde no período: ainda que regulado pelo Ministério da Saúde, o processo não foi acompanhado da construção e explicitação de um projeto positivo e abrangente para o gestor federal, que contemplasse as condições necessárias para a descentralização, a especificidade do papel do gestor federal e as suas finalidades de atuação. Diante da reação à trajetória histórica centralizadora e autoritária do comando nacional da política de saúde, de um lado, e da configuração mais geral que a articulação entre liberalismo e democratização assume na sociedade brasileira, de outro lado, predomina na saúde na maior parte do período a contraposição entre descentralização e centralização e a competição entre os entes federativos. O entendimento de descentralização e centralização como duas faces de um mesmo processo exigiria a construção e explicitação de um projeto nacional – no caso, para o Ministério da Saúde e

para a política nacional – o que não é conveniente ao modelo liberal predominante nos sucessivos governos nacionais.

No entanto, a ausência de um projeto positivo para o Ministério da Saúde orientado pelas finalidades da reforma sanitária relativas ao bem-estar social e à cidadania não leva a um esvaziamento de seu poder, mas a uma manutenção de poder em novas bases, em um modelo regulatório que expressa competição e traços de autoritarismo na relação do Executivo Nacional com as outras esferas de governo e com a sociedade.

Assim, a descentralização na saúde sob condução do Ministério não conflita com as diretrizes da reforma sanitária em um primeiro momento, mas as condições adversas em que ocorre e a ausência de construção de um papel positivo para o gestor federal são expressões da influência da agenda liberal que limitam os seus avanços, favorecem um modelo distorcido de intervenção do Ministério da Saúde e evidenciam as lacunas da política nacional de saúde.

Já as políticas de Saúde da Família e de combate à AIDS são estratégias positivas de intervenção do Ministério da Saúde, sob forte condução nacional, que contam com o apoio de vários atores, como agências internacionais, gestores de outras esferas de governo, profissionais de saúde e outros segmentos da sociedade. Ambas apresentam a peculiaridade de compatibilizar um caráter atrativo como marca de governo ou de gestão ministerial com a continuidade ao longo do tempo, favorecida pela conformação de grupos técnicos sólidos no âmbito nacional e de redes sociais de apoio à política.

As duas políticas são formuladas na esfera federal respeitando dois importantes princípios do SUS: a universalidade e a integralidade. O Programa de Saúde da Família é uma estratégia de priorização da atenção básica, mas seu desenho nacional não pode ser enquadrado na lógica de oferta de uma cesta básica de procedimentos conforme proposto por agências internacionais como o Banco Mundial e incorporado às reformas de outros sistemas de saúde latino-americanos nos anos 90. O PSF brasileiro é concebido ao longo do período com vários tipos de ênfase: ampliação do acesso, organização da porta de entrada, reestruturação do sistema de saúde, mudança nas práticas e no modelo de atenção. Entretanto, predomina no período a valorização do princípio da integralidade, seja no âmbito das práticas de atenção e do cuidado às pessoas, seja na perspectiva de organização do acesso a outros níveis de atenção. A proposta nacional também segue uma lógica de implantação orientada pela universalidade, com a adoção de incentivos financeiros por adesão e estímulo aos municípios para alcance de cobertura máxima. Estudos de caso recentes sugerem que, no âmbito dos municípios, a implantação do PSF tem priorizado as

áreas mais carentes, identificadas segundo indicadores sócio-econômicos e de oferta de serviços. Isso configura uma forma de focalização dentro de uma política universal com vistas à ampliação do acesso, que não colide com os princípios do SUS, ao contrário, encaixa-se bem na perspectiva da equidade. No âmbito nacional, a condução tem seguido uma lógica mais pautada pela universalidade do que pela equidade, o que pode ser exemplificado pelos critérios de financiamento federal da política e pela tendência recente de maior aumento relativo dessas transferências para as regiões Sudeste e Sul, onde a expansão da estratégia é mais tardia.

A política nacional de combate à AIDS é orientada também pelas diretrizes de universalidade e integralidade. O compromisso com a integralidade transparece principalmente na decisão do Ministério da Saúde brasileiro de garantir o acesso das pessoas portadoras de HIV/AIDS aos medicamentos anti-retrovirais desde o início dos anos 90, favorecido por iniciativas prévias de alguns estados, pela posição dos especialistas, pela postura dos grupos técnicos envolvidos com a política e pela pressão dos movimentos sociais, que desempenham um papel importante na conformação e no acompanhamento dessa política. O fornecimento de tais medicamentos coloca o Brasil em posição discordante das recomendações do Banco Mundial em relação ao controle da doença e projeta o programa brasileiro no cenário internacional.

As políticas prioritárias de Saúde da Família e de combate à AIDS, ao se fundarem em objetivos abrangentes em termos de cobertura e de escopo e exigirem expansão pública importante, evidenciam problemas não equacionados do sistema público. O avanço de tais políticas requer soluções especificamente direcionadas e, ao mesmo tempo, expõe as fragilidades da política nacional. Nesse embate, expressam-se as tensões entre a agenda setorial e os projetos de governo, bem como os limites de governabilidade do Ministério da Saúde.

No caso do Programa de Saúde da Família, a expansão da estratégia ocorre às custas da expansão de vínculos precários de trabalho e descolada das mudanças que seriam necessárias na formação dos profissionais de saúde, fruto do contexto de reforma do Estado, da precária interação do Ministério com outras políticas sociais (trabalho, educação) e da limitada atuação do gestor federal da saúde na área de recursos humanos. Ademais, ainda que tal política se oriente pelas diretrizes de universalidade e integralidade, as restrições de financiamento setorial dificultam sua expansão ou fazem com que esta se dê às custas de outras políticas e/ou sem as condições necessárias, por exemplo, de acesso a serviços de média complexidade. A própria expansão da política evidencia ao fim da

década de 90 as lacunas no âmbito da assistência farmacêutica e da atenção odontológica públicas, levando à proposição de estratégias de fornecimento de medicamentos e de formação de equipes de saúde bucal junto ao PSF.

No caso da política de AIDS, a questão do fornecimento gratuito de medicamentos expõe as incongruências entre a política de saúde e a política industrial, tecnológica e de comércio exterior no Brasil, sendo um exemplo disso a coincidência (ou não?) do ano de início da terapia tríplice com medicamentos anti-retrovirais (ARV) e da aprovação da Lei de Propriedade Intelectual brasileira. Nos anos subseqüentes, o importante aumento dos gastos com ARV põe o Ministério da Saúde no centro do debate internacional sobre comércio exterior, tecnologia e propriedade intelectual em saúde. Porém, é difícil saber em que medida essa atuação do Ministério na negociação de preços com a indústria transnacional é capaz de ter repercussões efetivas e duradouras, se não for amparada por políticas governamentais mais amplas, que não estão presentes no período.

Além disso, é oportuno perguntar em que medida as conquistas alcançadas no âmbito de políticas isoladas prioritárias trazem benefícios para o conjunto do sistema de saúde. Isso porque no âmbito de cada política são adotadas soluções especificamente direcionadas e pragmáticas para permitir a sua implementação em situações adversas. Paradoxalmente, a sua própria expansão põe em evidência fragilidades do sistema e suscita questões mais amplas. No caso da AIDS, por exemplo, é emblemático ressaltar a aprovação de uma lei específica para a garantia de medicamentos e o fato que os gastos federais com outros medicamentos para programas considerados “estratégicos” pelo Ministério da Saúde praticamente não crescem a partir de 1995, persistindo problemas graves na assistência farmacêutica pública.

Considerando os campos de atuação do Ministério da Saúde abordados neste trabalho, observa-se que várias das limitações da política nacional se relacionam ao desenvolvimento, provisão e regulação de insumos e aos recursos humanos em saúde. Tais campos guardam interface com outras políticas de governo e têm fortes implicações econômicas. Neles, predominam por parte do Ministério da Saúde iniciativas isoladas por programas ou mesmo opções contraditórias entre áreas da política de saúde, sugerindo decisões *ad hoc*, fragmentação na condução ou distintos graus de prioridade, com limitada capacidade de atenuar restrições decorrentes de políticas sob responsabilidade principal de outros órgãos de governo.

O fato é que os interesses privados no setor saúde sempre foram grandes e as políticas governamentais se dão em meio a complexas relações entre o Estado e os

mercados em saúde, envolvendo interesses econômicos transnacionais, que impõem tensões à própria soberania do Estado Nacional, cujo enfrentamento requer estratégias de amplo espectro. As políticas de saúde sob condução do Ministério da Saúde no período estudado somente tangenciam algumas dessas questões ou foram paliativas a situações adversas, visando assegurar a viabilidade de políticas federais prioritárias, mas sem configurar uma estratégia mais abrangente de enfrentamento dos problemas do sistema de saúde e um projeto abrangente de atuação para o Ministério da Saúde.

As restrições de contexto e as características do projeto de governo hegemônico favorecem o pragmatismo e a preponderância do curto prazo para que uma dada equipe ministerial consiga implantar suas políticas. Isto, por sua vez, leva a um estilo de gestão que favorece a fragmentação das políticas e dificulta projetos estruturantes e abrangentes mesmo no âmbito setorial.

No período estudado não houve concomitância entre projeto de longo prazo para o Ministério da Saúde e força política para implementá-lo nas várias gestões ministeriais. Por razões variadas, predominam as estratégias de curto e médio prazo na agenda do Ministério da Saúde. Na ótica da cúpula dirigente, cabe ressaltar o caráter político do cargo de ministro e os seus outros vínculos, que transcendem a agenda sanitária. Não é o caso de desmerecer a dimensão político – partidária, que em um contexto democrático é importante inclusive na perspectiva de tornar os políticos responsáveis aos cidadãos. No entanto, a estabilidade de um ministro requer força política dentro de um governo e um mínimo de coerência com suas diretrizes. As situações de enfrentamento de um ministro setorial com a cúpula do governo no presidencialismo brasileiro tendem a levar ao afastamento do ministro, a não ser que ele tenha muita força política para se sustentar, com base em outros tipos de apoio e interesses.

Este trabalho não objetiva comparar as distintas gestões ministeriais, mas alguns comentários sobre a gestão Serra-Negri são interessantes para a compreensão das relações entre política setorial e projeto de governo, assim como das continuidades e inflexões na atuação do Ministério no final do período estudado. Tal gestão foi bem mais longa e estável por diversos fatores, incluindo a força política do Ministro Serra, o contexto de maior estabilidade do Governo Federal e o próprio momento da vida política nacional e do Ministério da Saúde. A longa duração dessa gestão, entre outros fatores, dificulta a sua comparação com qualquer uma das anteriores, pois dá maior oportunidade para a implantação de políticas.

Observa-se no período Serra-Negri a presença de economistas na cúpula ministerial, sem vínculo histórico com a proposta reformista da saúde e com habilidade para se ajustar às restrições de contexto, por meio de austeridade na gestão orçamentária, da formulação de propostas dentro dos recursos disponíveis e da eficiência nos gastos. A composição dos três primeiros escalões do Ministério incorpora quadros técnicos da saúde em nome da competência na gestão, favorecendo a continuidade de algumas políticas e a capacidade de lidar com problemas sanitários persistentes ou reemergentes. A cúpula dirigente articula a escolha de estratégias prioritárias com marco diferenciado e visibilidade pública com a condução de políticas respaldadas por atores setoriais.

Uma das maiores inovações desse período é a implantação de políticas que entram na seara econômica regulatória, favorecida pelo perfil da cúpula dirigente. Tais políticas não se enquadram em uma lógica de “desmercantilização”, mas sim de organização e de dinamização de mercados (saneamento financeiro de operadoras de planos, entrada de genéricos) e de proteção aos consumidores (controle de preços, cumprimento de contratos). Além disso, sua condução se dá em uma perspectiva pragmática, sem grandes conflitos com o projeto de governo e com limitações no enfrentamento de agentes econômicos privados de maior peso (salvo talvez no caso das negociações referentes aos medicamentos para a AIDS).

A análise dessa gestão permite uma consideração que pode ser extrapolada para o conjunto do período estudado: em um contexto econômico adverso e no bojo de projetos de governo desfavoráveis ao fortalecimento da proteção social, a governabilidade do Ministério da Saúde é limitada e os dirigentes se movem dentro de margens estreitas, adotando em geral uma postura pragmática e orientada por uma perspectiva de curto prazo. Desta forma, problemas estruturais importantes do sistema público de saúde não são enfrentados e o avanço de políticas específicas evidencia ou esbarra em lacunas não equacionadas da política de saúde.

Assim, no fim do período estudado, decorridos doze anos de implantação do SUS, as dificuldades de acesso e os problemas de qualidade do sistema público, a precariedade no alcance de resultados sanitários mais adequados no âmbito nacional e a persistência de imensas desigualdades em saúde, entre regiões do país e entre grupos sociais, põem em xeque a efetividade da política de saúde brasileira em sua dimensão de proteção social, face às dificuldades de concretização dos princípios de universalidade, integralidade, igualdade e equidade.

Haveria então esperança de transformação efetiva da política de saúde no sentido da construção da cidadania e da garantia do bem-estar no caso brasileiro? E teria o Ministério da Saúde um papel importante nesse processo?

Sim. O SUS é relativamente novo e a política de saúde passou por intensas mudanças em um curto período. O Ministério da Saúde também sofreu várias transformações em um contexto bastante adverso e teve um papel importante na política nacional. Houve a conformação de uma base legal para o sistema, a construção de canais institucionais de participação, o aumento de atores envolvidos com a política de saúde e um amadurecimento de muitas questões no período analisado. Houve políticas que sobreviveram ou mesmo avançaram em uma conjuntura desfavorável, evidenciando a importância dos quadros técnicos e das bases sociais de apoio para a sua continuidade. Os sucessivos ministros não adotaram posturas frontalmente antagônicas ao SUS, procurando em geral implantar suas propostas sem colidir com as diretrizes do sistema, ainda que algumas delas distorcidas ou limitadas. Novos programas foram iniciados, configurando uma diversificação da atuação do Ministério que gera novas demandas e questionamentos. A crítica à fragmentação da política só é possível porque existe a expectativa de uma política nacional de saúde única. Há atualmente maior consciência das lacunas nacionais, assim como das limitações da política de saúde no que toca às relações com outras políticas e à redução das desigualdades.

Não é por acaso que em 2003 se propõe uma mudança na estrutura do Ministério da Saúde com criação de novas áreas - que têm relação com grandes lacunas identificadas neste trabalho - e se enfrenta o desafio de construir um Plano Nacional de Saúde.

A análise empreendida permite sugerir alguns desafios colocados para o Ministério da Saúde:

1. A conformação de um projeto abrangente para a atuação do Ministério, concebido em uma lógica positiva de atuação do Estado nacional na saúde, pautado pelas prioridades da reforma sanitária, construído em uma perspectiva democrática, de envolvimento e ampliação da base social de apoio ao SUS.
2. A articulação da política de saúde com outras áreas da política social, inserida na lógica da Seguridade e de um sistema abrangente de proteção social, que combine diversos tipos de políticas, de caráter universal (saúde, educação, previdência) e seletivo/focalizado (assistência social, transferência de renda), favoreça a formulação de políticas integradas, a intersetorialidade e tenha como norte a redução das desigualdades sociais, a promoção do bem-estar e da cidadania.

3. A luta por uma inserção mais favorável da política de saúde no projeto de governo, colocando o debate sobre as relações entre modelo de desenvolvimento e saúde, a necessidade de considerar a dimensão econômica do setor saúde e as suas possibilidades de contribuição para a soberania do país e sobretudo para o bem-estar da população: a geração de empregos diretos e indiretos, a potencialidade de desenvolvimento científico, tecnológico e industrial em saúde, as implicações da política de saúde para as relações internacionais do país, comerciais e não comerciais (ex: cooperação técnica, redes de solidariedade, articulação entre países em desenvolvimento). Isso requer a participação da autoridade sanitária na proposição e na formulação de políticas governamentais amplas, em uma perspectiva favorável à saúde e ao bem estar, assim como a recusa a políticas governamentais que colidam com os princípios do SUS.
4. A integração na condução da política nacional de saúde, que exige maior articulação entre os diversos campos de atuação do Estado na saúde, particularmente no que diz respeito ao planejamento da intervenção no campo dos insumos e dos recursos humanos de forma coerente com necessidades de atenção, visto que o setor saúde simultaneamente é mão-de-obra intensivo e envolve tecnologias diversificadas. No que se refere aos insumos, destaca-se a importância da atuação da autoridade sanitária nacional em face da pujança dos interesses privados (inclusive internacionais) e das interfaces com outras áreas de governo, dado que está se tratando de três tipos de papéis do Estado: (a) promotor do desenvolvimento em setores estratégicos (inovação em ciência e tecnologia, fomento à produção nacional); (b) produtor direto de insumos, o que se justifica em algumas áreas no caso de tendências recentes de mercados internacionais de concentração/ oligopolização, com fusões e eliminação de indústrias e empresas privadas de menor capacidade competitiva; (c) garantidor do acesso aos insumos necessários, de forma equânime no território e entre grupos da população. Quanto aos recursos humanos, a retração do papel federal de empregador direto não reduz a responsabilidade do Ministério da Saúde, embora a modifique. Torna-se mais evidente a necessidade de sua atuação na retirada de entraves à expansão do sistema público e na promoção de políticas positivas no âmbito da formação e da qualificação dos profissionais de saúde, da geração de empregos e da garantia de condições dignas para os trabalhadores em saúde (vínculo/relações trabalhistas, remuneração, entre outras).

5. A adoção de uma nova lógica de coordenação federativa e de relacionamento com outras esferas de governo, valorizando os canais institucionais existentes e ampliando o escopo do debate entre os gestores além das negociações táticas referentes à descentralização e à transferência de recursos federais. Isso implica em esforços abrangentes de compreensão sobre a realidade da implantação do SUS nas diversas unidades da federação e na inclusão na agenda de debates e negociações entre gestores de temas nacionais estratégicos para a superação dos grandes entraves do sistema. Um novo modelo de coordenação federativa requer também um papel positivo para o gestor federal, pautado nas suas finalidades de atuação e nas especificidades da intervenção federal na saúde. A formulação integrada e o planejamento da política nacional se impõem como requisitos necessários e não como forças contrárias à descentralização. O compromisso federal deve envolver o adequado aporte de recursos para a saúde, visto que o papel da União no financiamento das políticas sociais em sistemas federativos é fundamental para a redistribuição e promoção da cidadania. É imperativo ampliar os investimentos federais em saúde, baseados em um planejamento de longo prazo e integrado a outras políticas públicas com vistas à redução das desigualdades. Também a lógica das transferências federais deve ser repensada. É certo que haveria dificuldades para reverter o modelo regulatório configurado após 1998 – baseado em forte indução federal por meio de normas atreladas à mecanismos financeiros – uma vez que determinadas políticas ou programas de grande alcance nacional foram estruturadas a partir desse modelo. Entretanto, é importante empreender um esforço de construção de um novo padrão de financiamento e de regulação nacional, menos voltado para a indução de políticas específicas e para a normalização de meios e mais orientado por finalidades, que permita articular maior autonomia decisória dos gestores estaduais e municipais sobre as formas de utilização dos recursos transferidos com diretrizes e objetivos nacionais.
6. A valorização do papel do Conselho Nacional de Saúde na formulação da política nacional, não apenas em áreas específicas mas na definição de estratégias-chave, assim como seu reconhecimento como espaço privilegiado de articulação com outros atores (Legislativo, movimentos sociais, trabalhadores), de mobilização social e de ampliação da base de apoio ao SUS.
7. A luta por uma nova configuração das relações entre público e privado na saúde, em suas várias facetas (indústrias e fornecedores de insumos, prestadores de serviços ao SUS, segmento de planos e seguros saúde), pautada por uma visão integrada da política

de saúde e pela regulação dos mercados em saúde, de forma a subordinar os interesses privados aos princípios de justiça social que devem reger as políticas públicas.

8. A conformação de quadros técnicos federais sólidos e preparados para o novo papel da autoridade sanitária nacional, o que é fundamental para a implantação de políticas de longo prazo e sua continuidade em momentos de mudanças políticas. Uma burocracia federal qualificada para o novo papel do Ministério da Saúde não significa a formação de uma elite técnica insulada, nem tampouco a competição com outros atores da política nacional. Ao contrário, requer: articulação de novas e variadas formas de conhecimento sobre a política, considerando suas dimensões de proteção social, econômica e de poder; profunda compreensão da(s) realidade(s) do sistema de saúde no território nacional; visão estratégica, com capacidade de identificação de problemas/desafios, de proposição de soluções e de planejamento em longo prazo; capacidade de negociação e de articulação com outras áreas do governo federal, com gestores de outras esferas de governo, com outros atores sociais; e sobretudo, o compromisso com um projeto de atuação do Estado na saúde orientado para a redução das desigualdades e promoção da cidadania.

Os limites deste trabalho talvez não permitam responder de forma conclusiva as perguntas inicialmente formuladas, face à complexidade da implantação de políticas públicas no Brasil. Mas, se a pesquisa realizada contribuir para o debate sobre o tema ou mesmo servir para provocar novas indagações, terá cumprido o seu principal objetivo.

Relação de Fontes Documentais

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 99060, de 07 de março de 1990. Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS ao Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 8 mar. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 99244, de 10 de maio de 1990. Dispõe sobre a reorganização e o funcionamento dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 11 maio 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 99438, de 7 de agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 8 ago. 1990, p. 15059. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 109, de 02 de maio de 1991. Aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 03 maio 1991, p. 8329. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 793, de 5 de abril de 1993. Altera os decretos 74170 de 10 de junho de 1974 e 79094 de 5 de janeiro de 1977 [...] e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 6 abr. 1993, p. 4397. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 809, de 24 de abril de 1993. Aprova a estrutura regimental do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, para vigência transitória; altera o Anexo II [...] e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 26 abr. 1993, p. 5347; repub. 04 maio 1993, p. 5861. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 864, de 9 de julho de 1993. Dispõe sobre a transferência de cargos em comissão e funções de confiança no âmbito do Ministério da Saúde e da outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 12 jul. 1993. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 1209, de 3 de agosto de 1994. Dispõe sobre a transferência de cargos em comissão e funções de confiança no âmbito do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 04 ago. 1994, p. 11662. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 1226, de 17 de agosto de 1994. Dispõe sobre a transferência de cargos em comissão e funções de confiança do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, em extinção, para o Ministério da Saúde e dá outras

providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 18 ago 1994, p. 12465. Disponível em:

<<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 29 set 1995, p. 15196, repub.02 out. 1995, p. 15340. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 2283, de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN e a desativação da Central de Medicamentos – CEME e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 25 jul. 1997, p. 016019, ret. 28 jul 1997, p. 016113. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 2284, de 24 de julho de 1997. Altera a estrutura regimental do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 25 jul. 1997, p. 16019. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 2477 de 28 de janeiro de 1998. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 29 jan. 1998, p. 1. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 3201, de 6 de outubro de 1999. Dispõe sobre a concessão, de ofício, de licença compulsória nos casos de emergência nacional e de interesse público de que trata o artigo 71 da lei 9.279, de 14 de maio de 1996. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 7 out 1999, Seção 1, p. 17. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 3496, de 1º de junho de 2000. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 2 jun. 2000, p. 30. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 3774, de 15 de março de 2001. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 16 mar. 2001, p. 1. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Decreto nº 4194, de 11 de abril de 2002. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 12 abr. 2001, p. 11. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL, Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*,

Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/EC29.doc>>
Acesso em 08 jul. 2005

BRASIL. Lei nº 8029, de 12 de abril de 1990. Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da Administração Pública Federal e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, publ. 13 abr. 1990, p. 7101, rep. 23 abr. 1990, p. 7537. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 8101, de 6 de dezembro de 1990. Dá nova redação ao art. 11 da Lei nº 8029, de 12 de abril de 1990. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 10 dez. 1990, p. 23639, Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 31 dez. 1990, p. 25694. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 8246 de 22 de outubro de 1991. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 23 out. 1991. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 28 jul. 1993, p. 10573. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 9279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos a propriedade industrial. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 15 maio 1996, p. 8353. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 9313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 14 nov 1996, p. 23725. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 9618, de 02 de abril de 1998. Dispõe sobre a extinção dos órgãos que menciona e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 3 abr. 1998, p. 1. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 9637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização [...] e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 18

maio 1998, p.8, repub. 25 maio 1998, p. 1. Disponível em:

<<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 4 jun. 1998, p. 1. Disponível em:

<<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 9782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 27 jan. 1999, p. 1. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a lei 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 11 fev. 1999, p. 1. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 9836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [...], instituindo o subsistema de atenção à saúde indígena. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 29 set. 1999, p. 1. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 29 jan. 2000, p. 5. Disponível em:

<<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 10213, de 27 de março de 2001. Define normas de regulação para o setor de medicamentos, institui a Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos – FPR, cria a Câmara de Medicamentos e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 28 mar. 2001, p. 1. Disponível em:

<<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 9 abr. 2001, p. 2. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Medida Provisória nº 1791, de 30 de dezembro de 1998. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 31 dez. 1998, p.2. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Medida Provisória nº 1814, de 22 de abril de 1999. Altera dispositivos da Lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 23 abr. 1999, p.29. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

BRASIL. Medida Provisória nº 1928, de 25 de novembro de 1999. Cria a Agência de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial [da República*

- Federativa do Brasil*], Brasília, DF, 26 nov. 1999, p. 13. Disponível em : <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52 p. [Série B – Textos Básicos de Saúde].
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de assistência farmacêutica 1990-2001*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 44p. (Série B – Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 772, de 7 de abril de 1994. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 8 de abril de 1994, p. 5076.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1399, de 15 de dezembro de 1999. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 16 dez. 1999, Seção I, p. 21. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/1999.htm>>. Acesso em 08 mar. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 393, de 29 de março de 2001. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 30 mar. 2001, Seção I, p. 52-55. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/2001.htm>>. Acesso em: 06 ago. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. A Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS SUS 01/02*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Relatório de Gestão 2000-2003: 4 Anos de ANS*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Contrato de gestão: relatório anual de execução – exercício de 2002*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. *Sumários Executivos da CIT de 1993 a 2002*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Técnica da CIT, data?.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3 ed. ver.atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 322, de 8 de maio de 2003*. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso322.doc>>. Acesso em: 05 jul. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Regimento Interno do Conselho Nacional De Saúde*. Resolução nº 291, de 06 de maio de 1999. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/regimento.htm>>. Acesso em: 01 fev. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *100 anos de saúde pública: a visão da FUNASA*. Brasília: FUNASA, 2004. 232 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de Janeiro de 1991. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 10 jan 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Relatório de Gestão da Secretaria de Assistência à Saúde 1998-2001*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação Geral de Informação e Documentação. *Legislação em Saúde Mental 1999-2001*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série E. Legislação de Saúde, n. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, n. 28, 10 fev. 1992, Seção I, p. 1584-1588.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos 2001*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série C – Projetos, programas e relatórios, n. 25, 40 p.).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, DAB, 2002. Relatório da Avaliação Normativa da Situação das Equipes de Saúde da Família 2001-2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Relatório da situação das doenças transmissíveis no Brasil*: agosto de 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/svs.htm>> . Acesso em: 05 mar. 2005.

Referências Bibliográficas

ABRUCIO, Fernando L. *Os Barões da federação*. São Paulo: HUCITEC/ Departamento de Ciência Política da USP, 1998.

_____. *Descentralização e coordenação federativa no Brasil*: lições dos anos FHC. Texto-base apresentado no Seminário Políticas Públicas e Pacto Federativo: a descentralização no Brasil - Curso de Aperfeiçoamento para a carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, novembro de 2004 (mimeo, 107 p.).

ALMEIDA, Célia. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil*: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Texto para Discussão nº 599 – IPEA. Brasília: IPEA, 1998.

ALMEIDA, Lourdes; CALDAS, Neusa C. *Intergestão no SUS*: uma análise do processo no âmbito nacional. 1996. 43 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva)– Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 1996.

ALMEIDA, Maria Hermínia T. A democracia brasileira nos anos 90. *Magazín DHIAL*, nº 37, 2003. Disponível em: <http://www.iigov.org/dhial/?p=37_02> Acesso em: 19 fev. 2003.

_____. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, BIB*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 13-34, 2001.

AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta. Apresentação. In: FERREIRA, Marieta; AMADO, Janaína (orgs.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 1998. p.vii-xxv.

AMORIM NETO, Octávio. O Executivo Federal. In: AVELAR, Lúcia e CINTRA, Octávio (orgs.) *Sistema político brasileiro*: uma introdução. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação UNESP, 2004. p. 123-133.

ANDREAZZI, Maria F.S.; KORNIS, George E.M. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 157-101, 2003.

ARRETCHE, Marta. *Estado federativo e políticas sociais*: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: REVAN; São Paulo: FAPESP, 2000.

ARRIGHI, Giovanni. *O longo século XX*: dinheiro, poder e as origens do nosso tempo. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Editora UNESP, 1996.

AROUCA, Sergio. *O dilema preventivista*: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

AURELIANO, Liana ; DRAIBE, Sônia. A especificidade do “Welfare State” brasileiro. In: *Economia e desenvolvimento*. Brasília: CEPAL, 1989. p. 85-178.

BAHIA, Lígia. O Mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, Barjas ; DI GIOVANNI, Geraldo (orgs.). *Brasil*: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP.IE, 2001. p.325-361.

_____. *Planos e seguros-saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil*. 1999. 333 f. Tese (Doutorado)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

_____. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia et al. (orgs.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 407-449.

BANCO MUNDIAL. *Investindo em saúde*. Relatório de Desenvolvimento Mundial. 1993. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1993.

BANTING, Keith; CORBETT, Stan. *Federalism and health care policy: an introduction*. Texto para discussão apresentado no Health Policy and Federalism Workshop, realizado em São Paulo, Brasil, 15-16/ 10/ 2001.

BAPTISTA, Tatiana W. F. Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. Seguridade social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, v. 49, n. 3, p. 99-118, 1998.

BASSO, Cáritas R. O programa nacional de DST/AIDS no SUS. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d' Ávila (orgs). *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/CEALAG, 2002. p 135-162.

BASSO, Maristela; POLIDO, Fabrício. *Propriedade intelectual e preços diferenciados de medicamentos essenciais*. Rio de Janeiro: ABIA, 2005 (Coleção ABIA – Políticas Públicas v.4).

BERMUDEZ, Jorge A.Z. *Indústria farmacêutica, estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil*. São Paulo: HUCITEC; SOBRAVIME, 1995.

_____. Produção de medicamentos no setor governamental e as necessidades do Sistema Único de Saúde. In: BONFIM, José R.A.; MECUCCI, Vera L. (orgs.). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: HUCITEC; SOBRAVIME, 1997. p. 72-80.

_____. *Remédios: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BERMUDEZ, Jorge A.Z.; OLIVEIRA, Maria A; CHAVES, Gabriela C. O Acordo TRIPS da OMC e os desafios para a saúde pública. In: BERMUDEZ, Jorge A. et. al. (orgs.) *Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado*. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. p. 69-89.

BIELSCHOWSKY, Ricardo. *Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. 5. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.

BJÖRKMAN, James M.; ALTENSTETTER,Christa. Globalized concepts and localized practice: convergence and divergence in national health policy reforms. In: ALTENSTETTER,Christa; BJÖRKMAN, James M. (eds.). *Health policy reform, national variations and globalization*. Londres: McMillan, 1997.

BOBBIO, Norberto. As duas faces do federalismo. In: *Entre duas repúblicas: as origens da democracia italiana*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa

Oficial do Estado, 2001. p. 15-18. [Texto originalmente publicado em *GL, Quotidiano del Partito d'Azione*, em 7 de junho de 1945].

BOSCHI, Renato; LIMA, Maria Regina S. O Executivo e a construção do Estado no Brasil: do desmonte da era Vargas ao novo intervencionismo regulatório. In: VIANNA, Luiz Werneck (org.) *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ/FAPERJ, 2003.

BOURDIEU, Pierre. Ao leitor; O espaço dos pontos de vista; Compreender. In: BORDIEU, Pierre (org.). *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 9-13; p. 693-711.

BRAGA, José C.S.; PAULA, Sérgio G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1986.

CAMARGO Jr., Kenneth R. Prevenções de HIV/AIDS: desafios múltiplos. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 27, p. 70-80, 2003.

CANESQUI, Ana Maria; OLIVEIRA, Ana Maria F. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (orgs.). *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/CEALAG, 2002. p. 241-269.

CARVALHO, Gilson de C. M. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde: 1988-2001*. 2002. 366 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CARVALHO, Guido I.; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde*. 3 ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2002.

CARVALHO, José M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

CHAVES, Gabriela Costa. *Brasil é o mais avançado da América Latina em legislações de propriedade intelectual que beneficiam a Saúde Pública*. Entrevista ao ENSP Notícias. Disponível em: <http://intranet.ensp.fiocruz.br/informe/materias_print.cfm?mat=5835>. Acesso em: 06 jun. 2005.

COHN, Amélia. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, Nísia et. al. (orgs.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 385-405.

CORDEIRO, Hésio. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CÔRTEZ, Soraya M.V. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p.18-49, 2002.

COSTA, Ediná A. Vigilância Sanitária: contribuições para o debate no processo de elaboração da agenda de prioridades de pesquisa em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 127-155.

- COSTA, Nilson R.; PINTO, Luiz Felipe. Piso de Atenção Básica: mudanças na estrutura. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (orgs). *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/CEALAG, 2002. p. 271-297.
- COSTA, Nilson R. et al. As agências de regulação independentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. *Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 133-143.
- COSTA, Nilson R.; RIBEIRO, José M.; SILVA, Pedro L.B., Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 427-442, 2000.
- DAIN, Sulamis. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e sociedade*. Campinas, n. 17, 2001.
- DENTE, Bruno. Governare in un contesto federale: quali lezioni per la transizione italiana? In: DENTE, Bruno et. al. *Governare con il federalismo*. Torino: Fondazione Giovanni Agnelli, 1997. p. 1-37.
- DOLHNIKOFF, Miriam. *O pacto imperial: origens do federalismo no Brasil do século XIX*. São Paulo: Globo, 2005.
- DRAIBE, Sônia M. Brasil 1980-2000: proteção e insegurança sociais em tempos difíceis. In: *Taller Inter-Regional Protección Social en una Era Insegura: un intercambio sur sobre políticas sociales alternativas en respuesta a la globalización*. Santiago, Chile, Mayo, p.14-16, 2002 (mimeo).
- _____. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social – Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 15, n. 2, nov. 2003 (Dossiê FHC – 2º Governo).
- _____. *Rumos e metamorfoses: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas da industrialização no Brasil, 1930-1960*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- _____. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a respeito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. *São Paulo em Perspectiva- Fundação SEADE*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 3-15, 1997.
- EDUARDO, Maria B.P. *Vigilância Sanitária*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002. (Série Saúde & Cidadania, v.8).
- ELAZAR, Daniel J. *Exploring federalism*. Tuscaloosa, AL: Univ. of Alabama Press, 1987.
- ELEY, Geoff. *Democracy, the working class and citizenship*. Texto-base de Conferência realizada no XXIII Simpósio Nacional de História. Londrina, 18 a 24 de julho de 2005 (mimeo).
- ELIAS, Paulo E. Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. *Lua Nova*, São Paulo, n. 40/41, p. 193-215, 1997.
- SCOREL, Sarah. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais, 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/paginas/sala/Exibe_Titulos.cfm>. Acesso em: 03 jul.2003.
- SCOREL, Sarah et al. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R.; EDLER, Flávio. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia T. et al. (orgs.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 59-81.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. *Social foundations of postindustrial economies*. New York: Oxford Univ. Press, 1999.

_____. *Why we need a new Welfare State*. New York: Oxford Univ. Press, 2002.

FAGNANI, Eduardo. Entrevista: O desmonte do projeto de Estado social e a distribuição de migalhas. *Jornal da Unicamp*, Campinas, Edição 301, de 12 a 18 de setembro de 2005.

_____. *Política social do Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. Tese (Doutorado)-Instituto de Economia, Unicamp, Campinas, 2005.

FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Experiências inovadoras de capacitação de pessoal para atenção básica no Brasil: balanço, limites e possibilidades dos pólos. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina e VIANA, Ana Luiza d'Á. (orgs.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: UNICAMP, IE, 2002. p. 127-159.

FARIA, Tatiana W. *Dilemas e consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988: um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

FAUSTO, Márcia C. R. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

_____. A política de imunização no Brasil: avanços e dilema na descentralização. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (orgs.). *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/CEALAG, 2002. p. 113-134.

FAVERET, Ana Cecília de S.C. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

_____. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, DF, n. 3, p. 139-162, 1990.

FERRERA, Maurizio. *Modelli di solidarietà*. Bologna: Il Mulino, 1993.

_____. *Le trappole del welfare*. Bologna: Il Mulino, 1998.

FEUERWERKER, Laura C.M.; ALMEIDA, Márcio J. Integração ensino/serviço: a experiência da Rede Unida. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina e VIANA, Ana Luiza d'Á. (orgs.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: UNICAMP, IE, 2002. p. 161-185.

FIGUERAS, J. et al. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: que puede aprenderse de la experiencia europea? *Gaceta sanitaria*, Milan, v. 16, n. 1, p. 5-17, 2002.

FIORI, José Luis (org.). *Estados e moedas no desenvolvimento das nações*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

_____. Para ler a vitória de Lula. *Princípios*, São Paulo, n. 67, p. 16-18, nov-dez/2002-jan/2003.

FONSECA, Pedro C. D. Gênese e precursores do desenvolvimentismo no Brasil. *Pesquisa & Debate*, São Paulo, v. 15, n. 2 (26), p. 225-256, 2004.

FORTES, Alexandre. Introdução - Direitos, cidadania e cultura operária. In: *Nós do Quarto Distrito: a classe trabalhadora porto-alegrense e a Era Vargas*. Caxias do Sul, RS: EDUCS; Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

FURTADO, Celso. *Em busca de novo modelo: reflexões sobre a crise contemporânea*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FRANCE, George. Compatibilità fra il federalismo e gli standard sanitari nazionali: una sintesi delle esperienze estere e possibili lezioni per l'Italia. In: *Federalismo, regionalismo e Standard Sanitari Nazionali: quattro paesi, quattro approcci*. Milano: Dott. A. Giuffrè Editore, 2001. p.169-197. [Versão traduzida para o português: FRANCE, George. Federalismo fiscal: experiências internacionais e modelo para a Itália. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d' Ávila (orgs). *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/CEALAG, 2002, p.65-83.

FREEMAN, Richard; MORAN, Michael. Reforming health care in Europe. In: FERRERA, Maurizio; RHODES, Michael (Eds.). *Recasting European Welfare States*. London: Frank Cass, 2000. p. 35-58. [Versão traduzida para o português: FREEMAN, Richard; MORAN, Michael, 2002. A saúde na Europa. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d' Ávila (orgs). *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/CEALAG, p.45-64.

GADELHA, Carlos A.G. *Complexo da saúde*. Nota técnica para Estudo de Competitividade por Cadeias Integradas no Brasil. (Coord. Geral: Luciano Coutinho et. al.). Campinas, outubro de 2002. (Mimeo, 150 p.).

_____. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GALVÃO, Jane. *1980-2002: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002 (Coleção ABIA – Políticas Públicas, v.2).

GIL, Célia R.R. et al. Pólos de capacitação em saúde da família: alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina e VIANA, Ana Luiza d'Á. (orgs.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: UNICAMP, IE, 2002. p. 103-125.

GIRARDI, Sábado N.; CARVALHO, Cristiana L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina e VIANA, Ana Luiza d'Á. (orgs.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: UNICAMP, IE, 2002. p. 221-256.

GUERRA, Alcení. Entrevista. *Revista Saúde em Debate/CEBES*, Rio de Janeiro, n. 29, p. 5-11, jun. 1990.

GUIMARÃES, Reinaldo. Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na reforma sanitária. In: LIMA, Nísia et. al. (orgs.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 235-256.

- HALL, Michael M. História oral: os riscos da inocência. In: *O direito à memória, patrimônio histórico e cidadania*. São Paulo: DPH/SMC, 1991.
- HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 791-825, set.-dez. 2003.
- HEIMANN, Luiza S. et. al. *Quantos Brasís?: equidade para alocação de recursos no SUS*. São Paulo: Instituto de Saúde - SES/SP; MS; IDRC; Red; Polis, 2001. 1 CD-Rom.
- HEIMANN, Luiza S.; MENDONÇA, Maria H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: em busca de uma identidade. In: LIMA, Nísia T. et. al. (orgs.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 481-502.
- HOBSBAWM, Eric. *A Era dos extremos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. O que há de novo?: Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (org.) *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 73-93.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Dados dos Censos Demográficos. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2005.
- _____. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – 1990, 1992, 2002. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: 15 jan. 2005.
- KINGDON, John W. *Agendas, alternatives and public policies*. 2. ed. New York: HarperCollins, 1995.
- LABRA, Maria E. Capital social e consejos de salud en Brasil: un círculo virtuoso? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento), p. 47-55, 2002.
- LEIBFRIED, Stephan; PIERSON, Paul. Social policy: left to courts and markets? In: WALLACE, Helen; WALLACE, William. *Policy-making in the European Union*. Oxford: Oxford Univ. Press, 2000.
- LENHARDT, Gero; OFFE, Claus. Teoria do Estado e política social. In: OFFE, Claus. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p. 10-53.
- LESSA, Carlos et al. Pobreza e política social: uma leitura da questão da exclusão nos anos 90. *Praga- Estudos Marxistas*, n. 3, p. 63-87, 1997.
- LEVCOVITZ, Eduardo. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS: um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde - 1974/1996*. 1997. 302 f. Tese (Doutorado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.
- LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristiani V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LIMA, Luciana D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento federal da política de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2005 (mimeo).
- LIMA, Nísia T.; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In:

LIMA, Nísia et. al. (orgs.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 27-58.

LOUREIRO, Maria R.; ABRUCIO, Fernando L. *Burocracia e política na nova ordem democrática brasileira: o provimento de cargos no alto escalão do Governo Federal*. 110 p. Relatório de pesquisa n. 9/1998, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. São Paulo: EAESP/FGV, 1998.

_____. Política e burocracia no presidencialismo brasileiro: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n. 41, p. 69-89, out. 1999.

LUCCHESI, Geraldo. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. 2001. 245 f. Tese (Doutorado)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUCCHESI, Patrícia T.R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde-retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, DF, n.14, p. 75-156, 1996.

MACHADO, Cristiani V. *Contexto, atores, instituições: um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos no Município do Rio de Janeiro nos anos 90*. 1999. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

_____. Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (orgs). *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/CEALAG, 2002. p. 505-526.

MAJONE, Giandomenico. Do Estado positivo ao estado regulador: causas e conseqüências de mudanças no modo de governança. *Revista do Serviço Público*, Brasília, ano 50, n. 1, p. 5-36, jan.-mar. 1999.

MARTINS, Luciano. *Estado capitalista e burocracia no Brasil pós-64*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

MATTOS, Ruben A. de. *Desenvolvendo e ofertando idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*. 2000. Tese (Doutorado)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MATTOS, Ruben A. de; TERTO Jr., Veriano; PARKER, Richard. *As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001 (Coleção ABIA – Políticas Públicas, v.1).

_____. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 27, p. 81-94, 2003.

MÉDICI, André C. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública / USP, 1994.

MELLO, João M. Cardoso de. *O capitalismo tardio*. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

- MELO, Marcus A. A política da ação regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 16, n. 46, p. 55-68, jun. 2001.
- MENDONÇA, Maria H.M. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.
- MESQUITA, Maria A.F. A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. *Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 66-132.
- MIRANDA, Alcides S. *Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde*. 2003. 241f. Tese (Doutorado)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
- MOLINARO, Alex A. *Do Estado gerencial ao Estado precário: o emprego público federal na década de 1990*. 2004. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- MORAN, Michael. Three faces of the health care state. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Durham, NC, v. 20, n. 3, p. 767-781, 1995.
- NAIM, Moisés. Transição para o regime de mercado na América Latina. In: LANGONI, Carlos (coord.). *A Nova América Latina*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997, p. 211-264.
- NEGRI, Barjas e DI GIOVANNI, Geraldo (orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP, IE, 2001.
- NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18 (suplemento: Saúde e Desigualdade: instituições e políticas públicas no século XXI), p. 77-87, 2002.
- NOGUEIRA, Roberto P. *O pacto de descentralização do SUS e a aposentadoria dos servidores federais*. Texto para Discussão nº 758 – IPEA. Brasília: IPEA, 2000.
- NORONHA, José C. *Os rumos do estado brasileiro e o SUS: a seguridade social como política pública da sociedade e estado*. Texto apresentado no Simpósio SUS- Presente e Futuro: avaliação de seu processo de construção em 29 jun 2005. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/saudemetropolitana/arquivos/arg548.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2005.
- NORONHA, José C.; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS, SUDS, SUS: Os Caminhos do direito à saúde. In: *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará / ABRASCO/ IMS-UERJ, 1994. p. 73-111.
- NORONHA, José C.; MACHADO, Cristiani V.; LIMA, Luciana D. A metrópole Rio de Janeiro: tamanho e diversidade e a busca de equidade nos cuidados de saúde. In: RASSI NETO, Elias; BÓGUS, Cláudia M. (orgs.). *Saúde nos grandes aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 297-336.
- NUNES, Edson. *A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro: J. Zahar; Brasília, DF: ENAP, 1997.
- OLIVEIRA, Francisco de. *Crítica à razão dualista / O ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2003.

- OLIVEIRA, Jaime A. A.; TEIXEIRA, Sônia M.F. *(Im)Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.
- PAIM, Jairnilson S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 15-44.
- PARKER, Richard. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982 – 1996. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 27, p. 8-49, 2003.
- PASSARELLI, Carlos A.; TERTO Jr., Veriano. As organizações não-governamentais e o acesso aos tratamentos anti-retrovirais no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 27, p.122-135, 2003.
- PIERSON, Paul. Increasing returns, path dependence and the study of politics. *The American Political Science Review*, Baltimore, v. 94, n. 2, p. 251-267, 2000.
- _____. *The New politics of the welfare state*. New York: Oxford Univ. Press, 2000.
- PINHEIRO, Eloan dos S. Laboratórios farmacêuticos governamentais e o Sistema Único de Saúde. In: BONFIM, José R.A.; MECUCCI, Vera L. (orgs.). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: HUCITEC; SOBRAVIME, 1997. p. 81-91.
- PIOLA, Sérgio F.; BIASOTO Jr, Geraldo. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo (orgs). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP, IE, 2001. p. 219-232.
- PIOVESAN, Márcia F. *A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. 2002. 108 f. Dissertação (Mestrado)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
- PRADO, Sérgio (coord.); QUADROS, Wladimir; CAVALCANTI, Carlos Eduardo. *Partilha de recursos na federação brasileira*. São Paulo: FAPESP / FUNDAP; Brasília: IPEA, 2003. (Série Federalismo no Brasil).
- REIS, Carlos O. Ocké. *A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para criação de benchmarks*. Texto para Discussão nº 1075 – IPEA. Brasília: IPEA, 2005.
- REIS, Carlos O. Ocké; RIBEIRO, José A. ; PIOLA, Sergio F. *Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde*. Texto para Discussão nº 802 – IPEA. Brasília: IPEA, 2001.
- RIBEIRO, José A.; PIOLA, Sérgio F.; SERVO, Luciana M. *Financiamento da saúde*, 2005 (Mimeografado, 27 p.).
- RODRIGUEZ NETO, Eleuterio. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- ROSANVALLON, Pierre. *La Nouvelle question sociale: repenser l'état-providence*. Paris: Seuil, 1995
- ROSS, Fiona. Interests and choice in the “not quite so new” politics of welfare. In: FERRERA, Maurizio; RHODES, Michael (Eds.). *Recasting European welfare states*. London: Frank Cass, 2000. p. 11-33.

- SABOIA, João. Mercado de trabalho no Brasil: fatos e alternativas. In: SICSÚ, João; PAULA, Luiz F.; MICHEL, Renaut (orgs.). *Novo-desenvolvimentismo: um projeto nacional de desenvolvimento com equidade social*. Barueri: Manole; Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer, 2005, p. 217-237.
- SALLUM Jr., Brasílio. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: SALLUM Jr., Brasílio (org.). *Brasil e Argentina hoje: política e economia*. Bauru, SP: EDUSC, 2004. p. 47-77.
- SALM, Cláudio. Estagnação econômica, desemprego e exclusão social. In: SICSÚ, João; PAULA, Luiz F.; MICHEL, Renaut (orgs.). *Novo-desenvolvimentismo: um projeto nacional de desenvolvimento com equidade social*. Barueri: Manole; Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer, 2005. p. 189-216.
- SAMUELS, David. *Ambition, federalism and legislative politics in Brazil*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2003.
- SANTANA, José Paranaguá. Planejamento e políticas de recursos humanos: revisitando os temas abordados. Depoimento a Ana Luiza Viana e Hudson Pacífico da Silva. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza d'Á. (orgs.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: UNICAMP, IE, 2002. p. 405-418.
- SANTOS, Lenir. *Coletânea de leis e julgados da saúde: Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Campinas, SP: IDISA, 2003.
- SANTOS, Nelson R. dos. A relação entre os órgãos executivos e o Conselho Nacional de Saúde na gestão do SUS: um relato comentado. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 27, n.64, p. 148-152, 2003.
- SANTOS, Theotônio dos. *A teoria da dependência: balanço e perspectivas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- SANTOS, Wanderley G. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- SCHENKEL, Eloir P. et al. Assistência farmacêutica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 199-219.
- SCKOPOL, Theda; RUESCHEMEYER, D. Introduction. In: RUESCHEMEYER, Dietrich; SCKOPOL, Theda (eds.). *States, social knowledge and the origins of modern social policies*. New Jersey: Princeton Univ. Press, 1996.
- SELDON, Anthony; PAPPWORTH, Joanna. *By word of mouth: Élite oral history*. New York: Methuen, 1983.
- SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- _____. *Teorías del desarrollo a principios del siglo XXI*. Disponível em: <www.iadb.org/etica>. Acesso em: 01 set. 2004.
- SERRA, José. *Ampliando o possível: a política de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- SHARPE, Jim. Federalismo e decentralizzazione nel moderno stato democratico. In: DENTE, Bruno et. al. *Governare con il federalismo*. Torino: Fondazione Giovanni Agnelli, 1997, p. 39-62.

- SICSÚ, João; PAULA, Luiz F.; MICHEL, Renaut (orgs.). *Novo-desenvolvimentismo: um projeto nacional de desenvolvimento com equidade social*. Barueri: Manole; Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer, 2005.
- SILVA, José Agenor A. et al. Desenvolvimento e organização das ações básicas de Vigilância Sanitária em municípios brasileiros a partir da implantação do PAB-VISA: um estudo exploratório. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; Brasília: ANVISA, 2000.
- SILVA, Frederico A.B.; ABREU, Luiz. E.L. *Saúde: capacidade de luta - a experiência do Conselho Nacional de Saúde*. Texto para Discussão nº 933. Brasília: IPEA, 2002.
- SILVA, Joana. Estratégias de qualificação e inserção de trabalhadores de nível médio na área da saúde. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza d'Á. (orgs.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: UNICAMP, IE, 2002. p. 373-401.
- SILVA, José C.F.; MICHEL, Renaut. A macroeconomia da concentração de renda e da estagnação. SICSÚ, João; PAULA, Luiz F.; MICHEL, Renaut (orgs.). *Novo-desenvolvimentismo: um projeto nacional de desenvolvimento com equidade social*. Barueri: Manole; Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer, 2005, p. 165-188.
- SILVA Jr, Jarbas B. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. 2004. Tese (Doutorado)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- SILVA, Pedro L.; COSTA, Nilson do R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza d'Á. (orgs.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: UNICAMP, IE, 2002. p. 275-285.
- SILVA, Regina C.S.; BERMUDEZ, Jorge A.Z. Medicamentos excepcionais ou de alto custo no Brasil. In: BERMUDEZ, Jorge A. et. al. (orgs.) *Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado*. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. p. 203-231.
- SOARES, Laura T. R.. *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.
- SOCHAZCEWSKI, Antonio C. Políticas de crescimento e o futuro do Brasil. In: BIELSCHOWSKY, Ricardo; MUSSI, Carlos (orgs.). *Políticas para a retomada do crescimento: reflexões de economistas brasileiros*. Brasília: IPEA; CEPAL, 2002. p. 31-80.
- SOUZA, Celina. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. *DADOS-Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 513-560, 2001.
- _____. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3: 431-441, 2002.
- SOUZA, Heloíza M. Saúde da família: desafios e conquistas. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (orgs.). *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/CEALAG, 2002. p. 221-240.
- SOUZA, Heloíza M. e SAMPAIO, Luiz F.R. Atenção Básica: política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina e VIANA, Ana Luiza d'Á. (orgs.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: UNICAMP, IE, 2002. p. 9-32.

- SOUZA, Renilson R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 449-460, 2003.
- SOUZA, Renilson R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.
- SUTTON, Mônica. *Os medicamentos genéricos no contexto das políticas de acesso a medicamentos e regulação de preços no Brasil, EUA e Suécia*. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- TAVARES, Maria da Conceição; BELLUZZO, Luiz G. Desenvolvimento no Brasil: lembrando um velho tema. In: BIELSCHOWSKY, Ricardo; MUSSI, Carlos (orgs.). *Políticas para a retomada do crescimento: reflexões de economistas brasileiros*. Brasília: IPEA; CEPAL, 2002. p. 149-184.
- TAVARES, Maria da Conceição; FIORI, José L. (orgs.). *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
- TAVARES, Maria Hermínia de A. A democracia brasileira nos anos 90. *Magazín DHIAL* Nº 37 (enero 2003). Disponível em: <http://www.iigov.org/dhial/?p=37_02>. Acesso em: 19 fev. 2003.
- TEIXEIRA, Aloísio. *Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar*. Texto-base apresentado no Curso de Leituras em Economia Política em Proteção Social e Saúde, ministrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar, no Rio de Janeiro, de setembro a dezembro de 2001 (mimeo, 17 p.).
- TEIXEIRA, Aloísio et al. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. *Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 18-34.
- TEIXEIRA, Paulo R. Acesso universal a medicamentos para AIDS: a experiência do Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 27, p. 50-57, 2003.
- TEIXEIRA, Sônia M.F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 78-99, 1990.
- TEIXEIRA, Sônia M.F. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.
- TEMPORÃO, José G. *O complexo industrial da saúde: público e privado na produção e consumo de vacinas no Brasil*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- TEMPORÃO, José G. O mercado privado de vacinas no Brasil: a mercantilização no espaço da prevenção. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1323-1330, set.-out. 2003.
- UGÁ, Maria Alicia et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.
- UNITED NATIONS. *The Inequality predicament*. Report on the world Social Situation 2005. New York: United Nations, 2005.
- VANDENBROUKE, Frank. Foreword. In: ESPING-ANDERSEN, Gosta (ed.). *Why we need a new Welfare State*. New York: Oxford Univ. Press, 2002. p. viii-xxiv.

VIANA, Ana Luíza d'Á. Modelos de intervenção do estado na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, *Série Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 118, 1995.

VIANA, Ana Luíza d'Á.; DAL POZ, Mario R. *Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil*. Informe Final para o Instituto Latinoamericano de Doutrina y Estudios Sociales/ILADES. (mimeo), 1998.

VIANA, Ana Luíza d'Á.; LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção Social: introduzindo o debate. In: VIANA, Ana Luíza d'Á.; ELIAS, Paulo E. M.; IBÁÑEZ, Nelson (orgs.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: HUCITEC, 2005. p. 15-57.

VIANA, Ana Luíza d'Á.; LIMA, Luciana D.; OLIVEIRA, Roberta G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em um novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VIANA, Ana Luíza d'Á. et al. *Indicadores de monitoramento do PSF em grandes centros urbanos*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/proesf>>. Acesso em: 01 jan 2005.

_____. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento: Saúde e desigualdade: instituições e políticas públicas no século XXI), p. 139-151, 2002.

VIANNA, Cid M.M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.

VIANNA, Maria Lucia T. Werneck. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

_____. *Articulação de interesses, estratégias de bem-estar e políticas públicas: a americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil*. 1995. Tese (Doutorado)– Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

VIANNA, Solon M. et al. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224p.

VITÓRIA, Marco A. A experiência do Brasil no fornecimento e no acesso universal às drogas anti-retrovirais. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 27, p. 116-121, 2003.

WALLERSTEIN, Immanuel. Democracy, capitalism and transformation. Conferência no evento *Demokratie als unvollendeter prozess: alternativen, grenzen and neue horizonte*. Viena, 16 de março 2001.

_____. A reestruturação capitalista e o sistema-mundo. In: GENTILI, Paulo (org.). *Globalização excludente: desigualdade, exclusão e democracia na nova ordem mundial*. 4.ed. Petrópolis, RJ: Vozes; Buenos Aires: CLACSO, 2000.

WATTS, Ronald. *Comparing federal systems in the 1990s*. Kingston, Ontario: Queen's University, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Organization Report 2003*. Genebra: World Health Organization, 2003.

WILENSKY, Harold L. *Rich Democracies: political economy, public policy and performance*. Berkeley: Univ. of California Press, 2002.

Anexos

Anexo 1 – Entrevistas: Nota metodológica e relação de entrevistados

1. Seleção dos entrevistados:

Os entrevistados foram selecionados a partir da combinação dos seguintes critérios: (a) cargo ocupado, com prioridade para os ministros e ocupantes dos cargos de Secretário de Assistência à Saúde e Secretário Executivo; (b) poder institucional no Ministério da Saúde ou nas demais instituições e instâncias atuantes na política nacional (CONASS, CONASEMS, CIT, CNS); (c) poder posicional, dado pela posição nas redes que influenciam a política, relacionado aos anteriores porém abrangendo pessoas que ocupam posições estratégicas e se constituem em informantes privilegiados; (d) momento e tempo de atuação na política nacional, de forma a abranger todo o período estudado e a priorizar, especialmente no caso dos técnicos federais e dos representantes de estados e municípios, entrevistas com pessoas que atuaram durante um maior período na política nacional.

Ao todo, foram realizadas entre maio de 2004 e agosto de 2005 pela pesquisadora 22 entrevistas semi-estruturadas e houve um dirigente federal que enviou as respostas ao roteiro semi-estruturado por e-mail. A distribuição dos 23 entrevistados é a seguinte:

- Dirigentes e técnicos do Ministério da Saúde: seis ministros de saúde (o único ministro do período não entrevistado foi Henrique Santillo, falecido em 2002); sete outros dirigentes de 1º escalão, em sua maioria titulares da Secretaria de Assistência à Saúde e da Secretaria Executiva; três técnicos do Ministério da Saúde que ocuparam cargos ou funções de nível intermediário e caráter estratégico em parte significativa do período do estudo;
- Outros atores com participação destacada na política nacional em parte expressiva do período do estudo: cinco representantes de estados e/ou municípios, a maioria dos quais já havia ocupado cargos de secretário municipal e estadual, atuado na CIT e na diretoria do CONASS ou do CONASEMS e também sido representantes no Conselho Nacional de Saúde; dois membros do Conselho Nacional de Saúde com longa e destacada atuação naquela instância (um coordenador executivo do CNS e um representante do setor privado).

2. Relação e perfil dos entrevistados:

- **Adib Domingos Jatene** – Ministro de Estado de Saúde de janeiro a novembro de 1992 e de janeiro de 1995 a novembro de 1996. *Entrevista semi-estruturada em 24/08/2004.*
- **Alceni Ângelo Guerra** – Ministro de Estado de Saúde de março de 1990 a janeiro de 1992. *Entrevista semi-estruturada em 16/07/2004.*
- **Antônio Werneck de Castro** – Secretário de Assistência à Saúde de janeiro de 1997 a março de 1998. *Entrevista semi-estruturada em 27/04/2005.*
- **Armando Martinho Bardou Raggio** – ex-Secretário Municipal de Curitiba; Presidente do CONASEMS de 1994 a 1995; Secretário de Estado de Saúde do Paraná de 1995 a 2002; membro da CIT de 1995 a 1998; ex-membro do Conselho Nacional de Saúde. *Entrevista semi-estruturada em 20/05/2004.*
- **Barjas Negri** – Secretário Executivo do Ministério da Saúde de 1997 a janeiro de 2002; Ministro de Estado da Saúde de fevereiro a dezembro de 2002. *Entrevista semi-estruturada em 29/12/2004.*
- **Carlos César Albuquerque** – Ministro de Estado de Saúde de dezembro de 1996 a março de 1998. *Entrevista semi-estruturada em 19/07/2004.*
- **Déa Carvalho** – técnica do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002, com atuação na antiga Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, no Centro Nacional de Epidemiologia/ FUNASA e na Secretaria de Assistência à Saúde. *Entrevista semi-estruturada em 24/05/2004.*
- **Eduardo Levcovitz** – Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde de 1995 a 1996; Diretor de Programa na SAS de 1998 a 2000 e Diretor do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência em 2001. *Entrevista semi-estruturada em 01/08/2005.*
- **Geraldo Biasoto** – Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde de 1998 a 2002. *Entrevista semi-estruturada em 31/08/2004.*
- **Gilson Cantarino O'Dwyer** – ex-Secretário Municipal de Saúde de Niterói; Presidente do CONASEMS de 1995 a 1998; Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro de 1999 a 2002 e a partir de 2003. Presidente do CONASS em 2003-2004; ex-membro do Conselho Nacional de Saúde. *Entrevista semi-estruturada em 31/08/2004.*
- **Gilson de Cássia Marques de Carvalho** – ex-Secretário Municipal de Saúde de São José dos Campos; ex-dirigente do COSEMS-SP e do CONASEMS. Diretor do Departamento do SUS e Diretor do Controle e Avaliação do INAMPS em 1993. Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde em 1994. *Respostas ao roteiro semi-estruturado enviadas por escrito por e-mail em 06/01/2005.*
- **Jamil Haddad** – Ministro de Estado de Saúde de dezembro de 1992 a agosto de 1993. *Entrevista semi-estruturada em 22/03/2005.*

- **Jarbas Barbosa** – ex-Secretário Municipal de Saúde de Olinda; Secretário de Estado de Saúde de Pernambuco em 1995-1996; Diretor do Centro Nacional de Epidemiologia/ FUNASA de 1997 a 2003; Secretário de Vigilância em Saúde a partir de 2003. *Entrevista semi-estruturada em 28/06/2004.*
- **José Carlos Seixas** – Secretário Executivo do Ministério da Saúde de fevereiro a novembro de 1992 e no período 1995-1996. *Entrevista semi-estruturada em 30/08/2004.*
- **José Luiz Spigolon** – Superintendente da Confederação Nacional das Santas Casas de Misericórdia desde 1991. Membro do Conselho Nacional de Saúde. *Entrevista semi-estruturada em 08/07/2004.*
- **José Serra** - Ministro de Estado de Saúde de março de 1998 a fevereiro de 2002. *Entrevista semi-estruturada em 22/03/2005.*
- **Júlio Muller Neto** – ex-Secretário Municipal de Saúde de Cuiabá; Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso de 1995 a 2002. *Entrevista semi-estruturada em 15/06/2004.*
- **Lourdes Almeida** – Coordenadora da Secretaria Técnica da CIT. *Entrevista semi-estruturada em 14/06/2004.*
- **Maria Luiza Jaegger** – ex-Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre; Secretária de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul de 1998 a 2002; Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde a partir de 2003. *Entrevista semi-estruturada em 08/07/2004.*
- **Nelson Rodrigues dos Santos** – Presidente do CONASS de 1989 a 1990; Diretor do Departamento de Programas do Ministério da Saúde em 1991; Coordenador da Secretaria Técnica do CONASS de 1992 a 1996; Coordenador da Secretaria Técnica do Conselho Nacional de Saúde de 1997 a 2002. *Entrevista semi-estruturada em 25/05/2004.*
- **Renilson Rehem de Souza** – Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde de março de 1998 a dezembro de 2002. *Entrevista semi-estruturada em 24/05/2004.*
- **Ricardo Akel** – Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do INAMPS de 1990 a 1992. *Entrevista semi-estruturada em 18/11/2004.*
- **Ricardo Scotti** - Coordenador da Secretaria Técnica do CONASS de 1997 a 2004. *Entrevista semi-estruturada em 01/06/2004.*

3. Roteiro de entrevista (modelo básico para dirigentes federais, adaptado a cada caso)*

Fale sobre sua trajetória profissional.

Bloco 1 – Papel e atuação do Ministério da Saúde (ênfase na gestão da qual participou)

- Visão sobre o papel do MS na política de saúde brasileira.
- Principais características da gestão; fatos e acontecimentos marcantes.
- Fatores que favoreceram ou dificultaram a gestão.

Bloco 2 – Processo de condução da política nacional de saúde (idem)

- Relação do MS com outras áreas do governo federal.
- Relação do MS com gestores estaduais e municipais.
- Relação do MS com Conselho Nacional de Saúde e realização de Conferência Nacional de Saúde (se for o caso).
- Relação com Legislativo.
- Relação com agentes privados.

Bloco 3 – Agenda federal e campos de atuação do MS (idem)

- Prioridades da agenda federal; Conquistas e dificuldades na implantação da agenda/das políticas prioritárias.
- Campos e áreas de atuação do MS.
- Lacunas de atuação do MS.

Bloco 4 – Estratégias de implementação da política nacional de saúde (idem)

- Principais estratégias e instrumentos de implementação da política nacional de saúde.
- Pontos positivos e negativos.

Bloco 5 – Balanço da atuação e contribuição do MS para a consolidação do SUS (geral, relativo ao conjunto do período estudado e à visão do entrevistado)

- Continuidades e mudanças ao longo das gestões.
- Especificidades do papel e da atuação do MS.
- Finalidades primordiais da atuação do MS na política de saúde brasileira.
- Avanços e dificuldades na atuação do MS; implicações para a consolidação do SUS.

Opinião final sobre o tema

OBS: O roteiro para outros atores era similar ao roteiro para os dirigentes federais, com as devidas adaptações e a ressalva de que todos os blocos se voltavam para a análise mais geral do entrevistado, que podia se referir a várias gestões ministeriais.

4. Contato com entrevistados, realização e processamento de entrevistas

O primeiro contato com os entrevistados em geral foi feito por telefone ou por *e-mail*, sendo explicados os objetivos da investigação. Para todos, enviou-se por meio eletrônico antes da data agendada para a entrevista o “Termo de Consentimento” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ. Tal termo detalhava os objetivos da pesquisa e o papel das entrevistas na investigação, assim como explicitava que não haveria sigilo sobre a identidade dos entrevistados, tendo em vista tratarem-se de pessoas ocupantes de cargos públicos de grande projeção, atuantes em contextos específicos.

As entrevistas foram realizadas em local e horário definidos pelo entrevistado, a maioria das vezes em seu local de trabalho, eventualmente em sua residência ou em outros locais. Houve um dirigente federal, residente em outra unidade da federação, que preferiu responder o roteiro semi-estruturado por escrito e enviar suas respostas por e-mail.

Ao início das entrevistas, novamente eram explicados os objetivos da pesquisa e das entrevistas e apresentado o “Termo de Consentimento” em duas cópias (uma para o entrevistado e uma para a pesquisadora). Solicitava-se autorização para gravação, que foi permitida por todos os 22 entrevistados. A duração das entrevistas variou de 40 minutos a três horas e meia, mas na maioria dos casos ficou entre 60 e 90 minutos. As fitas gravadas foram transcritas por uma profissional especializada.

As entrevistas transcritas foram revistas e analisadas pela pesquisadora. Procedeu-se uma primeira leitura, seguida pela reorganização das falas dos entrevistados por conteúdo temático. A análise das entrevistas foi feita por sucessivas leituras, considerando diferentes tipos de agrupamentos: dirigentes de uma mesma gestão ministerial, ocupantes de um mesmo cargo ou posição, temas específicos.

As entrevistas foram importantes ao longo de todo o trabalho, seja como fontes de informações (nesse caso, cotejadas com informações obtidas por meio de outras fontes de pesquisa), seja para a compreensão do contexto de atuação do Ministério da Saúde e de condução da política nacional no período estudado. As citações diretas de falas foram usadas somente no quarto capítulo, com a finalidade de permitir uma melhor compreensão sobre a posição dos entrevistados quanto a dois aspectos importantes: a visão sobre o papel do Ministério da Saúde (no caso dos dirigentes federais) e a percepção sobre a relação entre o Ministério da Saúde e outros atores envolvidos com a política nacional de saúde (para todos os entrevistados).

Anexo 2- Síntese do conteúdo da Lei Orgânica da Saúde relevante para o papel do Ministério da Saúde

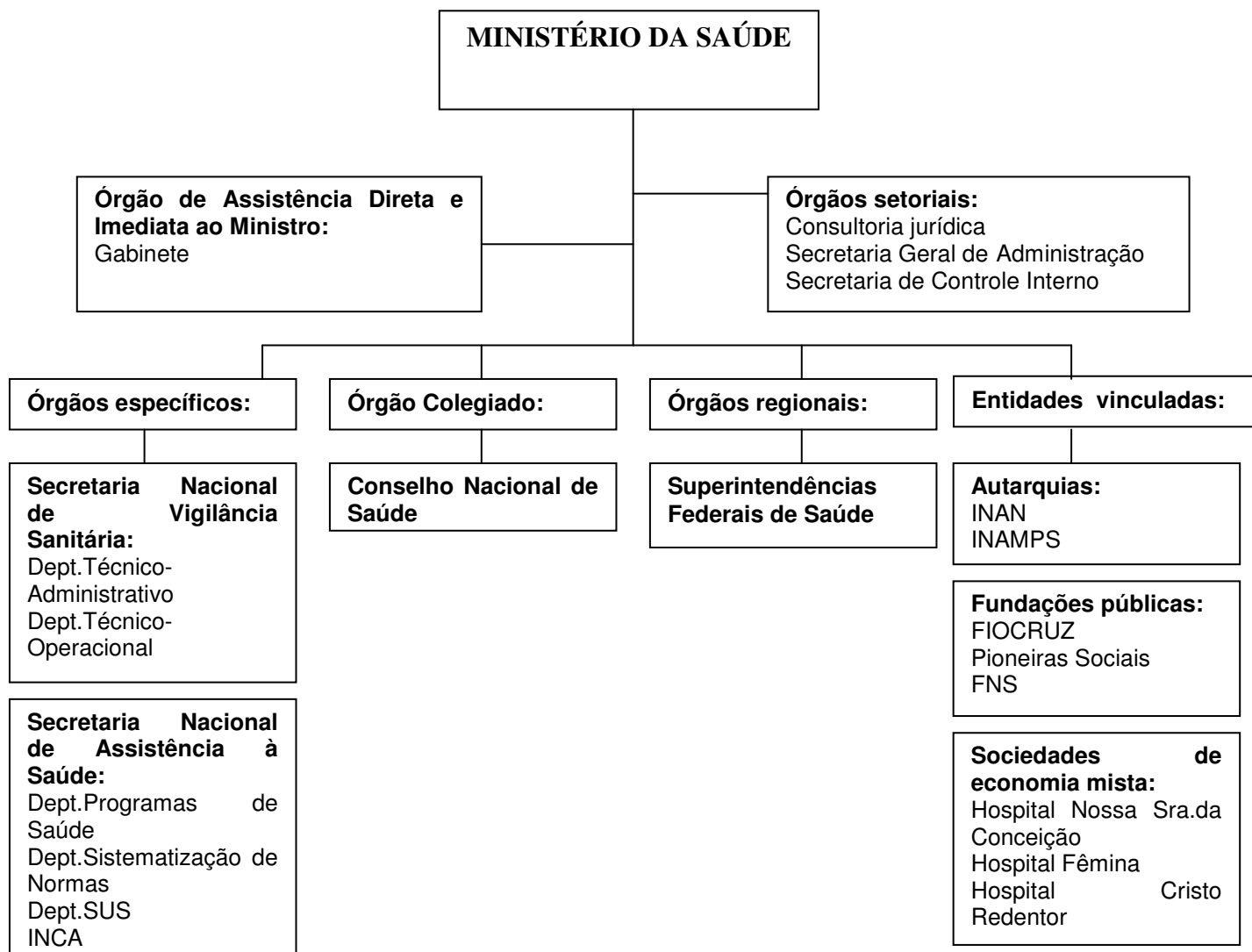
OBJETIVOS DO SUS	
Identificação e divulgação	dos fatores condicionantes e determinantes da saúde
Formulação	de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º [... <i>políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.</i>]
Ordenação	por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
OUTRAS FUNÇÕES INCLUÍDAS NO CAMPO DE ATUAÇÃO DO SUS	
	- da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde - da política de sangue e seus derivados
	Da formação de recursos humanos na área de saúde
Execução	- de ações de vigilância sanitária; de vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; - vigilância nutricional e a orientação alimentar - da política de sangue e seus derivados
Controle, fiscalização e inspeção	De serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde De alimentos, água e bebidas para consumo humano
Incremento	Em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico
Participação	- na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico - na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde - no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos
Colaboração	Na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho
COMPETÊNCIAS DA DIREÇÃO NACIONAL DO SUS	
Formular e elaborar	- Planejamento estratégico nacional, em cooperação técnica com estados e municípios - Políticas de alimentação e nutrição - Política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais
Definir/ estabelecer	- Os sistemas de: redes integradas de assistência de alta complexidade; de rede de laboratórios de saúde pública; de vigilância epidemiológica; e de vigilância sanitária; - O Sistema Nacional de Auditoria
Coordenar	- Os sistemas de: redes integradas de assistência de alta complexidade; de rede de laboratórios de saúde pública; de vigilância

	<p>epidemiológica; e de vigilância sanitária;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; - As ações de vigilância epidemiológica; - A avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal - A política de saúde do trabalhador
Estabelecer normas, critérios, padrões para	<ul style="list-style-type: none"> - A vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras - O controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano - Regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde - A política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais - O Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
Identificar	<ul style="list-style-type: none"> - Os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde de
Controlar e fiscalizar; acompanhar e avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; - Política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais - As ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
Executar	<ul style="list-style-type: none"> - A vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos estados, Distrito Federal e municípios. - As ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou representem risco de disseminação nacional.
Participar	<ul style="list-style-type: none"> - na formulação e na implementação das políticas: de controle das agressões ao meio ambiente; de saneamento básico; e relativas às condições e aos ambientes de trabalho - da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana; - da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho - na execução das ações de vigilância epidemiológica - na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais
Promover	<ul style="list-style-type: none"> - a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde; - a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal.
Prestar cooperação	<ul style="list-style-type: none"> - técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

Fonte: Elaborado a partir da Lei 8080 (Brasil, 1990), artigos 5º, 6º e 16º.

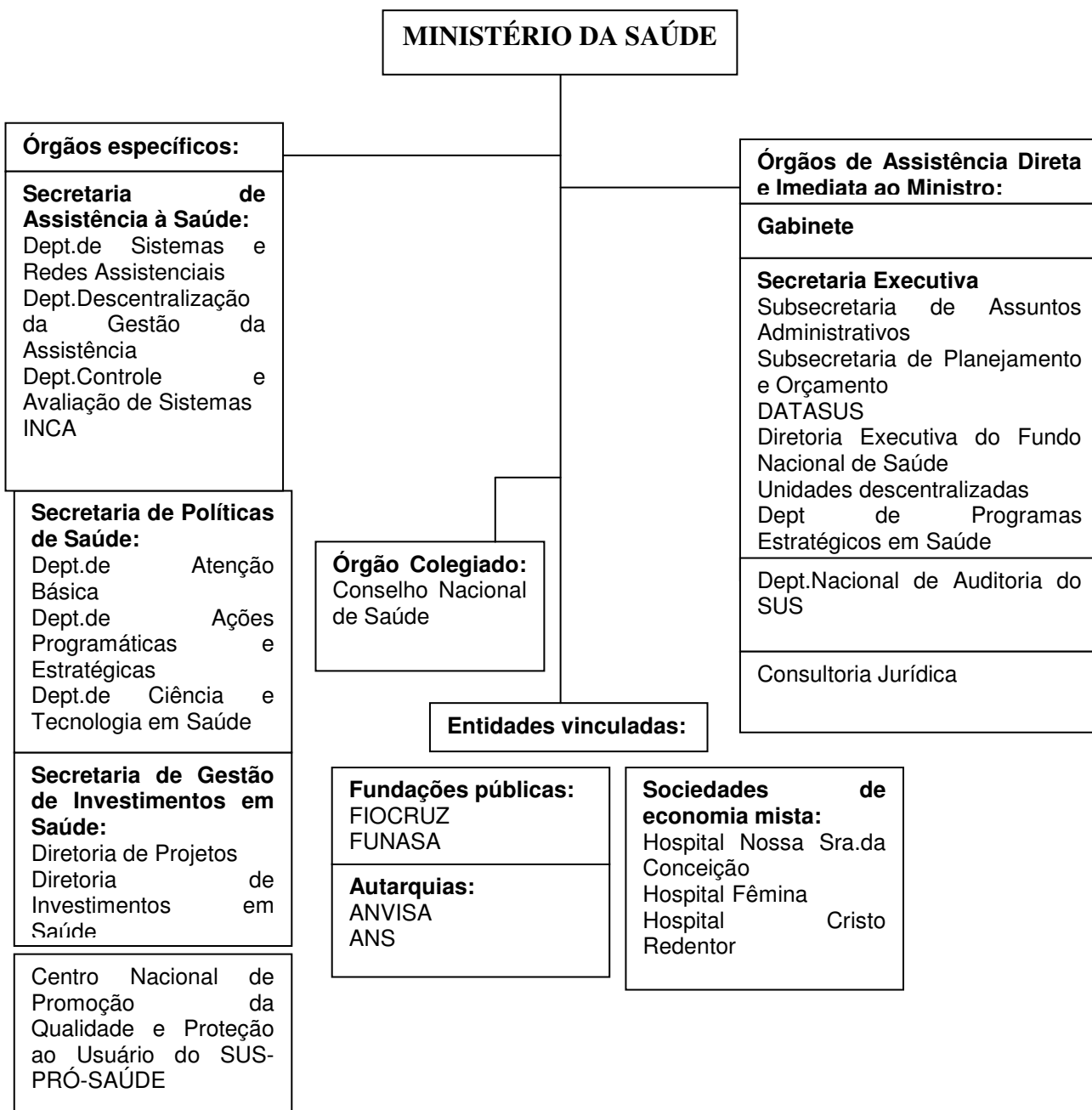
Anexo 3 – Estrutura regimental do Ministério da Saúde em 1991 e 2002.

1991



Fonte: Baptista (2003).

2002



Fonte: Baptista (2003).

Anexo 4 – Composição do Conselho Nacional de Saúde em 1990

Trecho do Decreto n° 99.438, de 7 de agosto de 1990

“[...]

Art. 2° O CNS, presidido pelo Ministro de Estado da Saúde, tem a seguinte composição:

- I - um representante do Ministério da Educação;
- II - um representante do Ministério do Trabalho e da Previdência Social;
- III - um representante do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento;
- IV - um representante do Ministério da Ação Social;
- V - um representante do Ministério da Saúde;
- VI - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);
- VII - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems);
- VIII - um representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT);
- IX - um representante da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT);
- X - um representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag);
- XI - um representante da Confederação Nacional da Agricultura (CNA);
- XII - um representante da Confederação Nacional do Comércio (CNC);
- XIII - um representante da Confederação Nacional da Indústria (CNI);
- XIV - um representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB);
- XV - um representante da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC);
- XVI - dois representantes do Conselho Nacional das Associações de Moradores (Conam);
- XVII - um representante das seguintes entidades nacionais de representação dos médicos: Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (FNM);
- XVIII - dois representantes das entidades nacionais de representação de outros profissionais da área de saúde;
- XIX - dois representantes das seguintes entidades prestadoras de serviços privados na área de saúde: Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde (Fenaess), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Confederação das Misericórdias do Brasil;
- XX - cinco representantes de entidades representativas de portadores de patologias; e
- XXI - três representantes da comunidade científica e da sociedade civil, indicados pelo Ministro de Estado da Saúde. [...]

Fonte: Decreto n° 99438, de 7 de agosto de 1990.

Anexo 5- Quadro de dirigentes de primeiro escalão do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002

Gestão ministerial	SE	INAMPS/ SNAS/ SAS	SVS/ANVISA	SPSA/ SPS	SGIS	FUNASA	FIOCRUZ
Alceni Angelo Guerra (03/90-01/92)	-Luis Romero Cavalcanti Farias	-Ricardo Akel	- Baldur Oscar Schubert (04/90- 12/91) - Sérgio Weiner (12/91-02/92)			-Isabel Cristina Steffano (04/91-12/91)	-Luís Fernando da Rocha Ferreira da Silva (28/3 a 18/6/90)
Adib Domingos Jatene (02/92-10/92)	-José Carlos Seixas	-José Guedes	- João Baptista Risi Júnior (02/92-11/92)			-Baldur Oscar Schubert (12/91- 03/92) -João Carlos Pinto Dias (03-92-11/92)	-Hermann Gonçalves Schatzmayr (18/6/90 a 8/12/92)
Jamil Haddad (10/92-08/93)	-Josè Hemógenes de Souza	-Carlos Mosconi (10/92-12/93)	- Roberto Gabriel Chabo (11/92 a 08/93)			-Haroldo Rodrigues Ferreira (11/92-10/93)	Euclides Ayres de Castilho (8/12/92 a 22/12/92)
Henrique Antonio Santillo (08/93-01/95)	-Dioclécio Campos	-Gilson Carvalho (01/94-01/95)	- Francisco de Assis Machado Reis (8/93 a 10/93) - Ronan Tanus (10/93 a 05/94) - Interino Heraldo Cordeiro - José Ribeiro (05/94 a 06/94) - João Geraldo Martinelli (07/94 a 10/94) - Paulo Rubens Diniz (11/94 a 12/94)			-Candido José Santiago Moura (10/93-01/94) -Álvaro Antonio de Melo Machado (01/94-01/95)	Carlos Mé dici Morel (23/12/92 a 5/2/97)

Adib Domingos Jatene (01/95-11/96)	-José Carlos Seixas	-Eduardo Levcovitz	- Elisaldo Luiz de Araújo Carlini (01/95 a 03/97)			-Edmundo Juarez (01/95-02/97)	
Carlos César de Albuquerque (12/96-03/98)	-Barjas Negri	-Antônio Werneck (01/97-03/98)	- Marta Nóbrega Martinez (03/97 a 07/98)	- Álvaro Machado		- Elisa Vianna Sá (2/97-12/97) -Januário Montone (12/97-04/99)	Elói Garcia (5/2/97 a janeiro de 2001)
José Serra (03/98-02/02)	-Barjas Negri	-Renilson Rehem de Souza (03/98-12/02)	- Marta Nóbrega Martinez - Gonçalo Vecina Neto	- João Yunes - Cláudio Duarte da Fonseca	Geraldo Biasoto	Mauro Ricardo Machado Costa (04/99-01/03)	Paulo Buss (a partir de janeiro de 2001)
Barjas Negri (02/02-12/02)	-Otávio Mercadante	-Renilson Rehem de Souza	- Cláudio Maierovitch Henriques P.		Gabriel Ferrato dos Santos	Mauro Ricardo Machado Costa (04/99-01/03)	

Fonte: Diversos documentos oficiais do período; sumários da Comissão Interegistros Tripartite; Piovesan (2002) para dirigentes da Vigilância Sanitária; MS/FUNASA (2004) para dirigentes da FUNASA.

Notas: (1) Não está incluída no quadro a Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada em 2000, cujo Presidente de 2000 a 2003 foi Januário Montone.

(2) Estão destacadas as datas principalmente no caso de mudanças de dirigentes não coincidentes com a mudança de gestão ministerial.