

ALETHELE DE OLIVEIRA SANTOS

TESES DA SAÚDE NO RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE E NA LEGISLAÇÃO FEDERAL NO PERÍODO
COMPREENDIDO ENTRE 1986 E 2016: uma análise comparada

BRASÍLIA - DF

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ALETHELE DE OLIVEIRA SANTOS

TESES DA SAÚDE NO RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE E NA LEGISLAÇÃO FEDERAL NO PERÍODO
COMPREENSIVO ENTRE 1986 E 2016: uma análise comparada

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção
do Título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade
de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra Maria Célia Delduque

Co-orientadora: Profa. Dra. Zulmira Hartz

Brasília – DF

2019

ALETHELE DE OLIVEIRA SANTOS

TESES DA SAÚDE NO RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE E NA LEGISLAÇÃO FEDERAL NO PERÍODO
COMPREENSIVO ENTRE 1986 E 2016: uma análise comparada

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção
do Título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade
de Brasília.

Aprovado em 20/09/2019.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Célia Delduque - Presidente
DSC/Universidade de Brasília

Profa. Dra. Tânia Cristina Santa Bárbara Rehem
DSC/Universidade de Brasília

Prof. Dr. Márcio Lório Aranha
FD/Universidade de Brasília

Prof. Dr. Jairo Bisol

Conselho Nacional do Ministério Público / Comissão Extraordinária de
Aperfeiçoamento e Fomento da Atuação do Ministério Público na Área da Saúde

Profa. Dra. Sandra Mara Campos Alves (suplente)
Fiocruz/ Programa de Direito Sanitário

Dedico esta tese ao meu filho Pedro e à
esperança de que a sua geração
viva num mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

O período em que se estuda para um doutoramento talvez seja aquele em que os contrários mais se revelam e mais se ajustam. É um processo solitário, cuja execução é altamente dependente da solidariedade. É um tempo em que a reclusão toma a vida, mas a mente se expande. É o tempo do aprender e do ensinar, do aluno e da docência, do ler e do escrever, da ausência e da pesquisa, do sentir-se incapaz e do produzir resultados. Talvez enxergar a vida pela ciência requeira manifestações de gratidão e pedidos de desculpas. Não há agradecimentos suficientes, nem aos agraciados, nem aos não nomeados. Não há desculpas suficientes, nem pelo que foi feito nem pelo que ficou a fazer. Ainda assim, vale tentar.

Meu mais profundo agradecimento àqueles que fizeram o trabalho pesado e que ainda assim deixaram que eu ocupasse o melhor lugar do espetáculo. À Maria Célia Delduque, que acreditou em mim mais que eu mesma. À Amanda Espiñeira, à Juliane Alves e à Cleomar Assunção que tornaram os *softwares* auxiliares, mais auxiliares que quaisquer outros! À Tininha Amaral, minha rainha das planilhas! À Zulmira Hartz, por me receber em Portugal e por me ensinar sobre intervenções, avaliações, saúde e, principalmente, sobre amizade. À família Pinotti e ao Presidente José Sarney, por me confiarem material inédito. À Lourdes Almeida, ao Fernando Cupertino, ao Sérgio Tarbes, à Lídia Tonon, ao Rodrigo Benevides e ao Moretti, os melhores revisores que alguém poderia ter, eu os quero em minha vida *ad aeternum!*

Em nome dos amigos e professores que estiveram envolvidos diretamente nesta 'minha fase': Ana Paula Menezes, Bila Gallo, Luciana Toledo, Marli Cruz, Núbia Welerson, Jorge Bruno, Moacyr Rey, Cédric Valente, Emanuela Marques, Profs. Pamela Ximena, Magda Scherer, Valéria Mendonça, Fátima Sousa, Helena Shimizu, minha queridíssima Fabiana Carvalho, os 'conasianos' e meus avaliadores, agradeço a todos que me ajudam, diariamente, a ser quem sou. Ao gato Nietzsche, meu companheiro inseparável nas madrugadas! Eu devo aos amigos a vontade inexorável de melhorar!

Obrigada, família! Pedro, meu filho, agradeço por me deixar participar da sua vida, por me revelar seu talento e sua coragem em assumir as escolhas consideradas incertas. Você é meu professor no futebol, na filosofia e na vida! Obrigada, mãe, minha 'mamys', cuja presença é uma certeza, mesmo em tempos duvidosos. Obrigada Titonha, que, com meios próprios para lidar com a vida, mantém a fé em Deus e na humanidade. Obrigada, Thiago, Josy, Davi e Clarinha por alegrarem os meus dias. Sem vocês, eu não sei viver! Vida que segue, sigamos juntos!

*“Nada aqui é definitivo, como não o é nunca em saúde.
O sistema deve ser constantemente submetido à pesquisa operacional
e a mudanças, para ser útil, contemporâneo e eficiente.”*
José Aristodemo Pinotti
(Saúde no Brasil: Provocações e Reflexões - prelo)

RESUMO

Introdução– A proposta de sistema universal de saúde para a sociedade brasileira ocorreu simultaneamente à luta pela redemocratização do país, a partir dos anos 1970, e culmina na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS). Em 5 de outubro de 1988, foi promulgada a Constituição Federal (CF/88) pelo Congresso Nacional reunido em Assembleia Nacional Constituinte. As disposições constitucionais relacionadas à Saúde Pública foram o produto de ampla mobilização e debate social, e resultaram em uma obrigação estatal positiva para com os indivíduos e a comunidade. Sabendo que nenhum benefício pode ser concedido sem o mandato da lei, é importante verificar se há substrato legal suficiente - legislação federal, neste caso - para que o direito à saúde seja cumprido propiciando aferir se o conteúdo do relatório final da VIII CNS foi normatizado na CF/88, legislação complementar e ordinária federais. **Objetivo**– Avaliar se o conjunto de leis federais do campo da saúde, produzidas no período de 1986 a 2016, se relacionam com as pretensões da VIII CNS apresentadas em relatório final. **Métodos**– Trata-se de estudo de abordagem qualitativa realizado a partir de análise documental e entrevistas semiestruturadas sobre o conjunto legislativo federal atinente ao campo da saúde, produzido entre 1986 e 2016, e do relatório final da VIII CNS. Utilizou-se triangulação de técnicas de pesquisa: análise de conteúdo e de discurso para a busca de resultados. Tal percurso requereu aprofundamento teórico sobre legislação, política pública de saúde, direitos humanos e sociais; áreas essas que tiveram suas interrelações e influências sobre o objeto de estudo analisadas sob a ótica da Teoria da Mudança, de Weiss. **Resultados**– Foram identificados, no conjunto legislativo mencionado, 23 artigos da CF/88, 12 leis complementares e 1060 leis ordinárias, que corresponderam a cerca de 18 mil artigos e a mais de 70 mil dispositivos, que exaram determinação direta ou indireta ao sistema de saúde. Os principais resultados foram: (i) a importância da CF/88 ter assumido, ainda que em parte, as pretensões da VIII CNS; (ii) a produção legislativa é descolada das necessidades crescentes do sistema de saúde; (iii) o Poder Legislativo ‘ocupou-se’ com leis simbólicas, consideradas pouco efetivas; (iv) há apenas uma lei, sem alteração, sobre a participação social no campo da saúde; (v) há legislação protecionista para

determinadas carreiras e categorias profissionais, em detrimento de outras; (vi) a lei impõe tratamento não isonômico aos entes federados, no que diz respeito ao financiamento; (vii) a primazia do princípio da 'eficiência', direciona a aferição de resultados para controles processuais e contábeis; e, (viii) o reconhecimento da existência de forças contrárias ao sistema público de saúde, sejam elas movidas por interesses econômicos, políticos, de poder. Em especial, a análise possibilitou concluir pela admissibilidade da lei como intervenção no campo da saúde, o que, aliado aos demais resultados do trabalho, pode vir a contribuir no incremento e na qualidade da produção legislativa em prol dos interesses do SUS. **Considerações Finais-** Em que pese o Poder Legislativo ter acompanhado, em termos gerais, os elementos existentes no relatório final da VIII CNS, o conjunto legislativo não dá suporte a algumas das obrigações constitucionais outorgadas ao sistema público de saúde, em especial às necessidades de financiamento e de precisão na definição das competências, contribuindo para a ampliação das críticas já existentes.

PALAVRAS-CHAVE:

Saúde. Legislação como assunto. Política Pública. Avaliação de Política Pública. Direito à Saúde.

ABSTRACT

Introduction- The proposal for a universal health system for Brazilian society occurred simultaneously with the struggle for the redemocratization of the country, starting in the 1970s, and culminated in the holding of the VIII National Health Conference (VIII CNS). On October 5, 1988, the Federal Constitution (CF / 88) was promulgated by the National Congress, meeting in the National Constituent Assembly. The constitutional provisions related to Public Health were the product of broad mobilization and social debate, and resulted in a positive state obligation to the individuals and the community. Knowing that no benefit can be given without the mandate of the law, it is important to verify if there are sufficient legal substract, federal legislation in this case, so that the right to health is fulfilled. **Objective-** To assess whether the set of federal health laws, produced from 1986 to 2016, with the claims of the VIII CNS presented in its final report. **Methods-** This is a qualitative approach study based on documentary analysis and semi-structured interviews of the federal legislative body related to the health field, produced between 1986 and 2016, and the final report of the VIII CNS. Triangulation of research techniques was used: content and discourse analysis to search for results. This course of action required theoretical deepening on legislation, public health policy, and human and social rights. These areas had their interrelations and influences on the object of study analyzed from the perspective of Weiss's Theory of Change. **Results-** In the mentioned legislative body, 23 articles of CF/88, 12 complementary laws and 1060 ordinary laws were identified, corresponding to about 18 thousand articles and more than 70 thousand provisions, which directly or indirectly regulates the health system. The main results were: (i) the importance of CF/88 having assumed, albeit in part, the claims of the VIII CNS; (ii) legislative output is detached from the growing needs of the health system; (iii) the legislative power "occupied" itself with symbolic laws, considered ineffective; (iv) there is only one law, unchanged, on social participation in the health field; (v) there is protectionist legislation for certain careers and professional categories to the detriment of others; (vi) the law imposes non-isonomic treatment on federal entities with regard to financing; (vii) the primacy of the 'efficiency' principle

directs the measurement of results for procedural and accounting controls; and (viii) the recognition of the existence of forces contrary to the public health system, whether driven by economic, political, or power interests. In particular, the analysis made it possible to conclude by the admissibility of the law as an intervention in the health field, which, combined with the other results of the work, may contribute to the increase and to the quality of legislative production in favor of SUS interests. **Final Considerations-** Despite the fact that the law makers have followed, broadly speaking, the elements contained in the final report of the VIII CNS, the legislation does not give support to some of the constitutional obligations granted to the public health system, in particular the system financing needs and the institucional competence definitions, contributing to the amplification of the already existing criticisms.

KEYWORDS

Health. Legislation as a subject. Public policy. Public Policy Evaluation. Right to public health.

LISTA DE FIGURAS*

Figura 1 - Modelo Lógico para a Seleção e Categorização de documentos, Brasil, 1986-2016	36
Figura 2 - Modelo Lógico do Tratamento de Dados – Software para Organização Legislativa e NVivo12, Brasil, 1986-2016	40
Figura 3 - Modelo Lógico Triangulação das técnicas de Análise de Dados	44
Figura 4 - Nuvem de frequência de palavras no Relatório Final da VIII CNS, Brasil, 1986	51
Figura 5 - Nuvem de frequência de palavras no Eixo Saúde como Direito, no relatório final da VIII CNS, Brasil, 1986	54
Figura 6 - Nuvem de frequência de palavras no Eixo Reformulação do Sistema de Saúde, no relatório final da VIII CNS, Brasil, 1986	55
Figura 7 - Nuvem de frequência de palavras no Eixo Financiamento, no relatório final da VIII CNS, Brasil, 1986	55
Figura 8 - Associação de Palavras: Relatório final da VIII CNS e subcategoria Datas Comemorativas, Brasil, 1986 - 2016	62
Figura 9 - Nuvem de palavras: subcategoria Datas Comemorativas, Brasil, 1986 - 2016	62
Figura 10 - Nuvem de palavras: Relatório da VIII CNS, Brasil, 1986-2016	63
Figura 11 - Associação de Palavras: Relatório final da VIII CNS e subcategoria Participação Social, 1986 - 2016	70
Figura 12 - Associação de Palavras: Relatório final da VIII CNS e subcategoria Condicionantes e Determinantes, Brasil, 1986-2016	79
Figura 13 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria Relações Público-Privadas, Brasil, 1986-2016	95
Figura 14 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria Estrutura Estatal, Brasil, 1986-2016	101
Figura 15 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria Recursos Humanos, Brasil, 1986-2016	116
Figura 16 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria Vigilância em Saúde, Brasil, 1986- 2016	124
Figura 17 - Associação de Palavras: Relatório final da VIII CNS e Subcategoria Vigilância em Saúde, Brasil, 1986-2016	131
Figura 18 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria Promoção e Prevenção, Brasil, 1986-2016	132
Figura 19 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria Atenção à Saúde, Brasil, 1986-2016	138
Figura 20 - Nuvem por frequência de palavras: Eixo Financiamento, no relatório final da VIII CNS, Brasil, 1986-2016	147
Figura 21 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria PPA, Brasil, 1986-2016	153
Figura 22 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria LDO, Brasil, 1986-2016	159
Figura 23 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria LOA, Brasil, 1986-2016	162
Figura 24 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria Fixação e Alteração de Regras, Brasil, 1986-2016	167
Figura 25 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria Créditos, Brasil, 1986-2016	174

* Todas as figuras foram elaboradas conforme dados inseridos nos *softwares* auxiliares NVivo¹² e *software* de organização jurídica

LISTA DE TABELAS*

Tabela 1 – Categoria ‘Saúde como Direito’: quantidade de leis e dispositivos x subcategoria selecionada, Brasil, 1986-2016	37
Tabela 2 – Categoria ‘Reformulação do Sistema’: quantidade de leis e dispositivos x subcategoria selecionada, Brasil, 1986-2016	38
Tabela 3 – Categoria ‘Financiamento’: quantidade de leis e dispositivos x subcategoria selecionada, Brasil, 1986-2016	38

* As tabelas foram elaboradas conforme dados inseridos no *software* de organização jurídica

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Legislação Federal em Saúde, organizada em categorias e subcategorias, Brasil, 1986-2016	35
Quadro 2 - Legislação Federal em Saúde organizada e quantificada em Títulos, Capítulos, Seções, Subseções e Anexos, Brasil, 1986-2016	37
Quadro 3 - Rol de Entrevistados	45

LISTA DE GRÁFICOS*

Gráfico 1 - Legislação Federal em Saúde: Categoria Direito à Saúde x Subcategorias selecionadas, Brasil, 1986 - 2016	59
Gráfico 2 - Legislação Federal em Saúde: Direito à Saúde x Subcategorias selecionadas x décadas*, Brasil, 1986 - 2016	60
Gráfico 3 - Legislação Federal em Saúde: Direito à Saúde x Subcategorias selecionadas x Governos*, Brasil, 1986-2016	60
Gráfico 4 - Legislação Federal sobre Saúde - Categoria: Reformulação do Sistema de Saúde x Subcategorias Selecionadas, Brasil, 1986-2016	99
Gráfico 5 - Legislação Federal sobre Saúde: Categoria Reformulação do Sistema de Saúde x Subcategorias Selecionadas x Décadas, Brasil, 1986-2016	100
Gráfico 6 - Legislação Federal sobre Saúde: Categoria Reformulação do Sistema de Saúde x Subcategorias Selecionadas x Governos, Brasil, 1986-2016	100
Gráfico 7 - Legislação Federal sobre Saúde - Categoria: Financiamento x Subcategorias Selecionadas, Brasil, 1986-2016	152
Gráfico 8 - Legislação Federal sobre Saúde: Categoria Financiamento x Subcategorias Selecionadas x Décadas, Brasil, 1986-2016	152
Gráfico 9 - Legislação Federal sobre Saúde: Categoria Financiamento x Subcategorias Selecionadas x Governos, Brasil, 1986-2016	153

* Os gráficos foram elaborados conforme dados inseridos no *software* de organização jurídica

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

16a CNS	Décima Sexta Conferência Nacional de Saúde, 2019
Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AC	Análise de Conteúdo
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise de Discurso
Ad	Análise Documental
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIS	Ações Integradas em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
BAU	Balcão de Atendimento de Urgência
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Ceme	Central de Medicamentos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conep	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde
CPMF	Contribuição Provisória por Movimentação Financeira
DF	Distrito Federal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FSC-UnB	Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
GTVS	Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde
HIV/AIDS	vírus da imunodeficiência humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NT	Nota Técnica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OGU	Orçamento Geral da União
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização PanAmericana de Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PEC	Programas de Extensão de Cobertura
PGR	Procuradoria Geral da República
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PLP	Projeto de Lei de Iniciativa Popular
PLS	Projeto de Lei do Senado
PNI	Programa Nacional de Imunizações
POI	Programação Orçamentária Integrada
PO	Plano Operativo
PPA	Plano de Pronta Ação
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa Saúde da Família
PSV	Proposta de Súmula Vinculante
RaP	Restos a Pagar
RCB	Receitas Correntes Brutas
RCL	Receitas Correntes Líquidas
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
Rename	Relação Nacional de Medicamentos
RH	Recursos Humanos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
Sinpas	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SNVE	Serviço Nacional de Vigilância Epidemiológica
SSA	Serviço Social Autônomo
STF	Supremo Tribunal Federal
SUCAM	Superintendência de Campanhas
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URV	Unidade Real de Valor
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VIII CNS	Oitava Conferência Nacional de Saúde, 1986
Visa	Vigilância Sanitária
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3 MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL:	22
3.1 TEORIA DE MUDANÇA.....	26
4 MÉTODOS	32
4.1 DA COLETA E TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS.....	32
4.1.1 Das fontes normativas	32
4.1.2 Da análise de conteúdo	38
4.1.3 Das fontes empíricas.....	41
4.1.4 Da análise de discurso.....	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
5.1 A VIII CNS: DESDE O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA DO BRASIL ATÉ O RELATÓRIO FINAL.....	46
5.2 'SAÚDE COMO DIREITO': NA LEGISLAÇÃO FEDERAL E NO RELATÓRIO FINAL DA VIII CNS.....	58
5.2.1 Subcategoria Datas Comemorativas	61
5.2.2 Subcategoria Participação Social	67
5.2.3 Subcategoria Condicionantes e Determinantes	73
5.2.4 Subcategoria Competências dos Entes.....	80
5.2.5 Subcategoria Relações Público-Privadas	88
5.3 'REFORMULAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE': NA LEGISLAÇÃO FEDERAL E NO RELATÓRIO DA VIII CNS.....	96

5.3.1 Subcategoria Estrutura Estatal	101
5.3.2 Subcategoria Recursos Humanos	115
5.3.3 Subcategoria Vigilância em Saúde	123
5.3.4 Subcategoria Promoção e Prevenção	131
5.3.5 Subcategoria Atenção à Saúde	135
5.4 FINANCIAMENTO: NA LEGISLAÇÃO FEDERAL E NO RELATÓRIO DA VIII CNS.....	140
5.4.1 Plano Plurianual (PPA).....	153
5.4.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)	158
5.4.3 Lei Orçamentária Anual (LOA).....	161
5.4.4 Fixação e Alteração de Regras	166
5.4.5 Subcategoria Créditos	173
5.5 SÍNTESE.....	182
6 A LEI CONSIDERADA INTERVENÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE	186
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	197
REFERÊNCIAS.....	199

INTRODUÇÃO

Um levantamento publicado no final do ano 2018 (1) afirmou que ‘a legislação brasileira é complexa, confusa e de difícil interpretação’ e reverbera tal posicionamento nos números que apresenta: a contar de 05.10.1988, data da promulgação da atual Constituição Federal (CF/88) até 30.09.2018 foram editadas 5.876.143 normas, que regem a vida em sociedade, no Brasil. São 536 normas editadas, em média, por dia ou 774, se considerados apenas os dias úteis. Cada norma possui cerca de três mil palavras. Os quantitativos indicam também que a expressão ‘direito’ aparece em 22% das normas editadas e as palavras ‘saúde’, ‘educação’, ‘segurança’, ‘trabalho’, ‘salário’ ou ‘tributação’ são temas que ocupam, aproximadamente, 45% da legislação e que somente 4,13% das normas editadas no período não sofreram nenhuma alteração (1).

É certo que os estudos recentes são eivados das facilidades impostas pela revolução tecnológica, o que amplia, entre outras tantas, a capacidade de promover grandes somas e comparações. Contudo, e assim deve ser *ad aeternum*, tais facilidades não livram nenhuma pesquisa da contraposição aos seus achados e da discussão. É possível que correções quantitativas sejam arguidas no estudo mencionado, o que ainda assim não extrai dele a capacidade de fazer o leitor concordar com a complexidade, com a confusão e com a dificuldade interpretativa do conjunto normativo brasileiro, em uma sociedade em transformação.

A transformação pela qual passa a sociedade, seja a brasileira ou a mundial, é dinâmica e acelerada. Exige ampliação da capacidade de compreender diferentes áreas, implementar inovações que, por sua vez, estabelecem novas práticas e alteram as expectativas sociais. A rapidez da alteração das características sociais impõe o mesmo para o Estado. Isso não ocorre em vão, porque “essa complexidade impulsiona os poderes de uma República para a normatização (legislativo), execução (executivo), também para a solução de conflitos e garantia de direitos (judiciário)”. (2 - p.289)

Atualmente, vê-se um Estado discutido pela sociedade sob o ponto de vista dos conflitos acerca das prestações positivas, diferentemente do que fora há décadas. Se no Brasil a saúde é uma prestação positiva do Estado ao

indivíduo e à coletividade, sabendo que nenhuma prestação pode dar-se sem o mandamento da lei, é preciso responder se há leis, e no caso concreto diz-se exclusivamente das leis federais, que dão condição para que o direito à saúde seja efetivado.

Ao relacionar a legislação pátria sobre o direito à saúde e a pretensão social descrita no relatório da VIII CNS, a inquietação que se apresentou foi: o conteúdo do relatório final da VIII CNS foi normatizado na CF/88, na legislação complementar e ordinária federais?

Em tese, para guardar compatibilidade com o desejo social, os tipos legais: seja a Constituição, documento político que desvela os princípios que regem uma nação, sejam as leis complementares e ordinárias que referem o direito à saúde, deveriam valer-se, minimamente em parte, dos fundamentos e princípios para o Sistema Único de Saúde (SUS), expressos no relatório final da VIII CNS, que é reconhecida como um marco para a redemocratização do país, de modo a garantir que o direito à saúde fosse efetivo, sendo este o pressuposto de partida.

Isto porque, a VIII CNS promoveu a discussão sobre o direito à saúde, a começar pelos municípios, e envolveu cerca de 50 mil pessoas em um debate abrangente sobre a formação do Estado Brasileiro. Finalmente, em março de 1986, com a presença de cinco mil representantes, em Brasília, gerou relatório final dividido em três eixos: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor. (3)

Considerada um avanço político e técnico, a VIII CNS teve seu pensamento, em parte, catapultado à CF/88 e a afirmação de sua força, portanto, da participação democrática, foi apresentada por vários estudiosos (4-7) na década de 1990 e nas décadas seguintes.

Para dar guarida ao presente estudo, foram utilizados três grandes grupos de formuladores teórico-conceituais: o primeiro grupo compreende estudiosos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e do SUS (8-10); o segundo abrange doutrinadores da política de saúde na influência relacional entre os poderes político e jurídico (11-19), e por ser difícil escapar da conclusão de que desempenho econômico, oportunidade social, voz política e argumentação racional pública devem ser considerados, na composição do

terceiro grupo, interessam autores para quem o fortalecimento da razão democrática está no desenvolvimento social, na institucionalização dos direitos sociais e nas atuações do Estado e da sociedade para sua efetivação (20-28).

Da leitura e sob o ponto de vista da análise da legislação sanitária federal é possível apresentar a descrição cronológica, social e política do direito à saúde no Brasil. Também são notáveis as relações entre a democracia participativa cujos resultados foram expressos no relatório final da VIII CNS e a democracia representativa que legisla em prol de determinar a atuação do poder executivo, o que vem demonstrar os caminhos percorridos pela política pública de saúde. Por serem indissociáveis o percurso da política pública de saúde e a lei pretendeu-se, como pressuposto, analisá-la como intervenção no campo da saúde. Tudo isso tem como escopo epistemológico a pretensão da alteração social, com importância reconhecida para as relações causais, conforme indica a Teoria de Mudança (49, 56-77, 135-142).

Para apresentar tais elementos, a presente tese de doutoramento está estruturada em capítulos que versam sobre: contexto; objetivos, materiais e métodos, marco teórico e conceitual; e, apresentação de resultados e sua respectiva discussão.

É razoável admitir que, ao fim e ao cabo, trata-se de apresentar dimensão específica da vida social brasileira, a partir da análise do conjunto legislativo sobre o direito à saúde.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O Brasil passou por consideráveis transformações nas últimas décadas. Em que pese os governos do Presidente Getúlio Vargas (1930/1945) e dos militares (1964/1984) terem, em alguma medida, expandido o sistema de proteção social, constata-se, historicamente grande desigualdade, fragmentação e centralidade decisória (29). Nesses períodos, o Brasil apresentou índices dignos de nota, tanto para o crescimento econômico, quanto para a desigualdade social. Schraiber considera que as 'políticas racionalizadoras' da época, *per si*, propiciaram um movimento em prol da redemocratização e de 'políticas democratizantes'. (30)

A proposta de sistema universal de saúde para a sociedade brasileira veio com a luta pela redemocratização do país, a partir dos anos 1970. A restauração democrática, nos meados dos anos 1980, veio acompanhada da instabilidade econômica, causando atraso no desenvolvimento de políticas sociais. (31)

Nunca é demais repisar que o SUS não é uma oferta que nasce espontaneamente na estruturação estatal. Ele é oriundo de um processo acumulativo das conquistas de diferentes segmentos sociais. Reuniu interesses de sindicalistas e sindicalizados, intelectuais e estudantes, trabalhadores em saúde e religiosos, militantes de diferentes causas e donas de casa, somados aos de uma 'juventude' sanitarista e que juntos impulsionaram a busca por desenvolvimento em saúde. (32-33)

A crítica à saúde pública praticada por acadêmicos dos departamentos de medicina social e acrescida da ebulição dos movimentos sociais revelou-se como projeto político e técnico com a proposição de um sistema público e universal de saúde (34). A elaboração de propostas para a reorientação da assistência à saúde deu ênfase à reorganização dos serviços, à atenção primária e à reorganização do trabalho, para integrar a saúde individual e as ações de saúde pública, segundo fundamentos da epidemiologia. (30)

Interessa deixar anotado, com o objetivo de chamar a atenção para a futura discussão acerca de avaliação de política pública, que um campo de conhecimento relacionado com a atuação do Estado sobre os problemas sociais (as políticas públicas) passou a tornar-se mais evidente no início do

século XX, nos Estados Unidos, para permitir que a pesquisa aplicada também fosse utilizada na compreensão de políticas relacionadas com fenômenos econômicos e psicológicos. (34)

O surgimento de uma orientação multidisciplinar aplicada às políticas públicas, para alguns ressoa na 'Saúde Coletiva', ao agregar os princípios: multidisciplinaridade, resolução de problemas e normatividade (34). Assim, interessa sobremaneira a relação entre o conjunto normativo e a avaliação em política pública.

A partir da concepção de que a saúde não pode ser traduzida como mera questão biológica, cuidada exclusivamente nos serviços médicos, e sim, questão social e política a ser ampliada nos espaços públicos, professores de saúde pública, pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e profissionais de saúde de orientação progressista se engajaram nas lutas dos movimentos de base e dos sindicatos, reverberaram suas teses por meio do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) (1976) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (1979) e institucionalizaram o MRSB.

O MRSB aliou-se a parlamentares da ala progressista e a gestores de saúde. Em 1982, foi fundado o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) com a finalidade de representar politicamente os Secretários Estaduais de Saúde e do Distrito Federal (DF) (35). Em 1988, foi fundado o Conselho Nacional de Secretários (atualmente secretarias) Municipais de Saúde (Conasems) (36), com a missão de representação da esfera municipal dos entes federativos.

Em 5 de outubro de 1988, foi promulgada a CF/88 pelo Congresso Nacional, reunido em Assembleia Nacional Constituinte. Os dispositivos referentes ao direito à saúde foram, portanto, resultados de ampla mobilização e debate social. Têm-se então dois elementos indissociáveis: o direito e a saúde. Tais elementos não podem ser tratados exclusivamente como apresentação de carga axiológica de princípios, na medida em que ambos requerem a atuação do Estado.

Ao encarar a saúde como prestação positiva pelo Estado, fala-se de política pública derivada da centralidade constitucional e legitimada pela norma estruturada (6,7,9).

No caso brasileiro, a CF/88 consagrou o direito à saúde como fundamental e social, seguindo o movimento mundial iniciado no pós-guerra com algum atraso, e na contramão do que a América Latina estabelecia por opção política. (37)

Em certa medida, o uso da lei para a legitimação das barbáries e a submissão de povos, entre outros fatores, culminou em desconfiança sobre a neutralidade do Estado Legislativo, e fez com que os valores contidos nos processos sociais, em que pese se admita a arena de interesses diversos, fossem alocados nas Constituições. A função constitucional de estabelecer uma ordem normativa para as relações entre Estado, cidadão e sociedade concedia primazia à dignidade da pessoa humana em detrimento da voracidade dos lucros econômicos. Assim a Constituição passou a ter a centralidade, de forma a ter total influência sobre a produção normativa e sobre a interpretação que se dá a ela (2).

Nessa toada, o contexto descrito permite asseverar que a força está na União, que detém capacidade decisória, como poderes regulatórios sobre as camadas subnacionais e os mercados. A complexidade que atua sobre os poderes da República exige a necessária organização da informação jurídica (2).

A afirmativa veio em sentido *lato*, entretanto cabe destacar que no SUS, a esfera federal ainda que não o faça solitariamente, mantém seu nível de importância, no que diz respeito à regulação da política pública de saúde (2).

Têm-se até então os elementos necessários para entender o contexto sobre o qual a pesquisa está alicerçada e sobre o qual se organizam as ideias em texto corrente. Trata-se de apresentar a legislação federal atinente à saúde, incluída a CF/88, em uma busca comparativa com o movimento social que lhe deu causa.

2 OBJETIVOS

Passa-se a apresentar os objetivos desta tese de doutoramento, descritos no presente documento conforme a taxonomia de Bloom (38-40).

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se o conjunto de leis federais do campo da saúde, produzidas no período de 1986 a 2016, se relacionam com as pretensões da VIII CNS apresentadas em relatório final.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- identificar as leis (constituição, leis complementares e ordinárias federais) que exaram determinação direta ou indireta ao sistema de saúde;
- 2- identificar os elementos do relatório final da VIII CNS que passaram a constituir legislação federal;
- 3- compreender, a partir da narrativa de atores estratégicos, se as pretensões da VIII CNS foram alçadas, ou não, à legislação federal;
- 4- analisar a lei como intervenção no campo da saúde.

3 MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL:

Cabe apresentar os conceitos e princípios com os quais se atuou nesta tese, devidamente aplicados às técnicas de coleta e análise de dados e, posteriormente, à apresentação de resultados e consequente discussão.

As discussões sobre o aspecto conceitual da saúde são anteriores aos tempos hipocráticos; e grande parte das teses foi originada nos estudos sobre os corpos e sua constituição como sujeitos a partir do século XVIII, na Europa. Com as urbanizações incrementadas na Revolução Industrial, vieram polícias médicas e o decorrente estabelecimento de responsabilidades para o cidadão e para o Estado (41-42), com consequente regulação da higiene urbana, controle de fronteiras, insalubridade, atuação de profissionais da saúde (43-45). Até então, está dada a necessidade de apresentar os conceitos de 'saúde', de 'direito à saúde' e de 'regulação'. (46,47)

Foi considerado o conceito clássico de 'Saúde' definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946): “um completo estado de bem-estar físico, mental e social” (48), que para além da mera ausência de doenças, buscou, após a segunda guerra mundial, padrões de coesão e convivência minimamente adequados, considerados direitos humanos.

A saúde consta da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em seu art. XXV¹, que define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e à sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, o que o direito denomina de direitos fundamentais e sociais e a saúde os considera como 'Condicionantes e Determinantes'².

¹ Declaração Universal dos Direitos Humanos. Artigo 25. 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. Artigo 25. 2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/artigo-25-direito-a-um-padrao-de-vida-adequado/>. Acesso em 19.mar.2019;

² Lei n. 8.080/90. Artigo 3º: Art. 3o Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a

Já o 'Direito à Saúde' refere aspecto individual e coletivo, social e público, ligado aos movimentos da sociedade e do Estado, responsáveis por definir, conforme conjunturas, as respostas necessárias às questões relacionadas com a saúde nos diferentes territórios. (49)

A 'Regulação' alcança as responsabilidades dos Estados, do mercado, do indivíduo e da família. Figueiredo e Hartz lecionam que “a regulação em saúde não é como a regulação econômica típica, ligada à correção de falhas do mercado” e sua característica polissêmica deve ser considerada. (50)

A regulação é uma prática antiga: receita, despesa, moeda, câmbio, safras, importação, exportação, consumo. Para o presente texto, que leva em consideração a dinâmica do direito e da saúde, foram considerados diferentes conceitos, sendo que o principal deles, tomado em sentido *lato*, refere expressão sinônima ao legislar.

É adequado ressaltar o resultado do ato de legislar: a lei, a norma jurídica. Para Canotilho, o texto da norma jurídica é o “conjunto de enunciados do discurso prescritivo” constante de “qualquer documento elaborado por uma autoridade normativa, sendo, por isso, identificável, *prima facie*, como ‘fonte do direito’ em um determinado sistema jurídico”. Mais ainda, “norma é o sentido ou significado adscrito a qualquer disposição (ou a um fragmento de disposição, combinação de disposições, combinações de fragmentos de disposições)”(51-p. 1202). Este é o que interessa ao presente trabalho, independentemente de existirem outros sentidos para o termo regulação.

Outro sentido aplicado ao termo regulação está associado ao que a administração moderna relacionou a um Estado Regulador para orientar a atuação do mercado econômico na disposição de não frustrar o consumidor e de defender o fim social, em uma relação com a responsabilidade subsidiária e que vai compreendendo funções discricionárias, sancionatórias, normativas, gerenciais e cujo fundamento é técnico e multidisciplinar e, em geral, praticado pelas agências reguladoras. Esse é o sentido de regulação ao qual o operador do direito faz imediata associação. No sistema de saúde, há duas agências

educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013) Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 19.mar.2019;

reguladoras: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2), cujas leis instituidoras foram consideradas no conjunto ora em estudo.

O termo ‘regulação’, contudo, tem sentidos diferentes quando relacionados ao SUS. É preciso dar a conhecer a ‘regulação da atenção à saúde’: “efetivada por meio da contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência” (52) que contempla as ações como cadastramento de usuários, profissionais e serviços de saúde em bases nacionais de dados; contratualização de serviços de saúde segundo as normas do Ministério da Saúde; credenciamento, habilitação para a prestação de serviços de saúde.

A ‘regulação da assistência à saúde’ é “efetivada por meio da disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão como os atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários” (52). Contempla as seguintes ações: regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar; controle dos leitos e das agendas de consultas; e, padronização por meio de protocolos das solicitações.

Por fim, a ‘regulação do sistema de saúde’, que “é efetivada por meio de atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão” (52) e contempla ações como a elaboração de normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão, planejamento, financiamento e fiscalização, controle social e ouvidoria em saúde.

Importa recorrer ao texto de Santos e Lima (2, pág. 289):

Em sede de normativas infralegais, para a formulação e operacionalização das políticas públicas de saúde, o SUS utiliza-se de modelo de governança cooperativa (ABRUCIO, 2005), expresso na Lei 8.080/90, cujas deliberações revestem-se de normas e se dão: a) em âmbito nacional, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT); b) em âmbito estadual, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 1990b); e, c) em âmbito regional, pela Comissão Intergestores Regional (CIR) (BRASIL, 2011).

A formação das comissões intergestores conta com as entidades representativas dos entes federados, enquanto gestores no SUS, conforme previsto na lei orgânica da saúde e decreto regulamentador (BRASIL, 1990b; 2011a).

Repisa-se que neste trabalho interessa a legislação federal que exara determinação direta ou indireta ao sistema de saúde comparada ao conteúdo do relatório da VIII CNS, não havendo nenhuma pretensão de imiscuir-se pela

normativa infralegal, ainda que sua emissão tenha se revelado de importância indiscutível para o sistema de saúde.

Sabendo que é preciso manter a credibilidade na lei como moderadora do convívio social, no direito enquanto ação materializada pelo Estado e na Justiça como garantidora da correção de eventual desvio, insuficiência ou omissão, a correlação desses elementos vem expressa na cronologia e nos aspectos históricos, sociais e políticos que envolvem a legislação em saúde.

Ao dar por certo que é a credibilidade social que mantém irrefutáveis os poderes constituídos e seu equilíbrio, que, por sua vez, consolidam o ambiente democrático, o debate impõe que se apresente, ainda em sede de pressupostos, a formação do Estado Brasileiro.

O princípio da eficiência foi inserido no corpo da CF/88. Contudo, um dos efeitos esperados do Estado Gerencial seriam os controles *ex-ante* e *ex-post* das ações estatais, o que ensejaria o aumento da autonomia da administração e a vinculação do cidadão ao cuidado e tomada de providências acerca das contas públicas. O espelhamento dessa expectativa pode estar no ordenamento jurídico e no empoderamento dos órgãos de controle até então já existentes e na criação de outros tantos.

O ordenamento jurídico, sua compatibilidade social e organização têm sido alvo de debates na sociedade. A justificativa está na ideia de um sistema jurídico alicerçado na segurança jurídica, na justiça e sua concretude no princípio da igualdade e tendência para a generalização (12, 53).

Por força desses princípios, explicitados no artigo 59, parágrafo único da CF/88, foi editada a Lei Complementar n. 95, de 26 de fevereiro de 1998 (LC n. 95/98), alterada pela Lei Complementar n. 107, de 26 de abril de 2001 (LC n. 107/01) e que dispôs sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis como forma de propiciar ordenamento efetivo ao conjunto legislativo.

Sobre tal determinação não se tem observado resultados efetivos e entusiasmados, assim como não se vislumbra que a academia tenha se debruçado de forma suficiente sobre o tema, na medida em que “são muitos os

trabalhos que apontam o problema, mas poucos os estudos que enfrentam possíveis soluções” (54 - p.10).

Por óbvio que o presente trabalho não pretende apresentar proposta de consolidação das leis federais sobre saúde, mas persegue a lição exarada por Carvalho Neto, para quem “a função de saber a legislação vigente é do Executivo em primeira mão. E do Judiciário, em um segundo momento, quando e se a questão tornar-se controversa” (55, p.14).

A necessidade de normatização específica e constantemente atualizada é formalmente reconhecida e passa a existir em um ambiente já dotado de complexidade e de inflação normativa. (2)

Para permitir a análise entre o que pretendeu a VIII CNS e a legislação federal atual analisada no presente trabalho, se recorreu-se à *Theory of Change*, conforme se explicita a seguir.

3.1 TEORIA DE MUDANÇA

É preciso partir do ponto em que se reconhece que nenhuma ferramenta ou abordagem teórica resolve, *per si*, a capacidade de reflexão crítica contínua. Tal solução estaria ligada à capacidade de aprender com o pensamento e de desenvolver sua aplicação prática para alcançar, mais e melhor, os resultados pretendidos. As teorias de como influenciar uma mudança são variadas e o que há de comum entre elas é o reconhecimento da complexidade dos processos sociais.

Ao se pensar o desenvolvimento e como ele ocorre, faz-se necessário construir diferentes intervenções capazes de influenciar a mudança. Nessa construção, há intervenções fartamente reconhecidas, tais como ferramentas de gestão de programas, discursos e abordagens teóricas. Contudo, tais interações podem falhar ou serem corrompidas por incentivos e práticas não pretendidas, obrigando sua reinvenção, sua mudança.

As esferas políticas, empresariais, empreendedoras ou sociais creem na possibilidade de mudar o mundo. Tal credo é alimentado exponencialmente pelo crescimento tecnológico. Mudar o mundo é gerar impacto; e o ato de criar mudanças intencionais está no cerne da Teoria de Mudança.

O nascimento da Teoria de Mudança ocorreu a partir dos debates do *Aspen Institute*, que deram origem ao chamado *Roundtable on Community Change*, do qual fazia parte Carol Weiss, uma de suas mais importantes formuladoras. Surgiu na esteira do campo teórico denominado *Program Theory* (56-61). Para a compreensão, as reflexões de Santos, Hartz e Delduque importam (49, pág. 310):

As Teorias de Mudança passaram a ser sistematizadas, mais fortemente, a partir dos anos 1970, e foram capazes de associar diferentes bases conceituais aos ambiciosos esforços de transformação social. Trata-se de uma abordagem que apresenta as relações entre as estratégias de atuação e os resultados pretendidos, em geral, representadas por um diagrama, com fundamento em pressupostos socialmente legitimados (17-20). Em suma, trata-se de um processo capaz de descrever como uma iniciativa de mudança complexa se desenvolve ao longo do tempo, a partir da ilustração de várias partes que operam em conjunto para obter o resultado desejado (28).

Para Bombardi, a Teoria de Mudança é um direcionador que permite que organizações (da sociedade civil, negócios de impacto social etc.) voltem a seus objetivos iniciais, analisem se o impacto esperado está sendo alcançado e corrijam rotas, quando necessário. Indica que 'é o que define a direção tomada por uma organização e uma potente ferramenta de comunicação com seus *stakeholders*'. Acredita que 'precisa ser construída de forma colaborativa de forma a refletir os desejos de todos os públicos envolvidos na intervenção' (62).

Silva considera que a função da Teoria de Mudança é identificar uma cadeia causal capaz de articular os resultados, o que 'se faz demonstrando que os resultados de longo prazo serão produzidos desde que os resultados de médio e curto prazo também sejam alcançados, e que certas condições sejam favoráveis'. Complementa sua análise ao indicar que tal teoria é capaz de aprofundar discussões e mostrar que o caminho para a transformação é possível, contudo 'é difícil, requer condições favoráveis e exige tempo' (63).

A Teoria de Mudança se presta a ser utilizada como ferramenta de gestão, ocasião em que, acompanhada de outros métodos, realizará bem os processos de monitoramento e avaliação de resultados. Isto porque, ao exigir que seja elaborada uma matriz de marco lógico, torna evidente os fundamentos sob os quais a intervenção se baseia, as suas fases (incluídas a elaboração, a

execução e a avaliação), e a distinção para os objetivos, as atividades, os resultados e os impactos (64).

Ao ser considerada ferramenta, a Teoria de Mudança faz um encadeamento de evidências que demonstram a conexão, ou nexo de causalidade, de forma crítica e resolutiva (65). Tal fundamento permite ainda que ela seja compreendida como representação gráfica, que dispõe sobre insumos, atividades, produtos que levarão aos resultados e impactos esperados. Também pode identificar eventos ou condições que possam alterar a obtenção de resultados e registrar os pressupostos sobre as relações de causa e efeito (65, pág. 152). Vislumbra-se sua capacidade de compreender o funcionamento, identificar os pontos de controle, dentro de demonstração lógica.

Tomada como pensamento em prol do desenvolvimento, a incorporação da abordagem crítica e adaptativa da Teoria de Mudança reverbera na prática das organizações e, no caso concreto, na política pública de saúde para cumprir diferentes finalidades: planejamento, comunicação, responsabilização e aprendizagem (66). Entretanto, o cumprimento de qualquer de suas finalidades exige que as intervenções sejam fundamentadas e explicitadas de forma lógica (67).

Conforme se analisa, na Teoria de Mudança, garantem-se as características descritivas ao apresentar um modelo lógico, enquanto o pensamento em prol do desenvolvimento assume um caráter explicativo das intervenções (68). Tomada como pensamento, a Teoria de Mudança encaixa-se bem nos aspectos da análise da política e para dar guarida à produção acadêmica.

Tal teoria, seja sob o ponto de vista da ferramenta ou da forma de pensar, tem sido empregada para analisar eficácia e viabilidade de diferentes intervenções e vem sendo fartamente utilizada no âmbito da comunidade internacional de avaliação de políticas públicas, em especial pelo Banco Mundial (BM), pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) (69-77). A afirmativa é de que cada vez mais análises sobre as práticas em prol do desenvolvimento,

independentemente de serem executadas pelo Estado ou por particulares, têm utilizado a Teoria de Mudança³.

É possível observar (e com razoável frequência) que, no âmbito das políticas públicas, a ‘teoria de mudança’, em que pese estar inserida no contexto de elaboração das intervenções, projetos ou programas, não se apresenta de forma explícita. A elaboração dos registros sobre a mudança acaba sendo postergada para o momento da avaliação *ex post*, ou seja, ao final da execução da atividade, rompendo sua lógica original que requer assentamento para: (i) atividades realizadas; (ii) resultados produzidos; (iii) alcance de objetivos; (iv) impactos gerados; (v) mensuração adequada; e, (vi) aprendizado constante em prol de um ciclo virtuoso.

Alguns conceitos aplicáveis às Teorias de Mudança e daqui por diante utilizados repetidamente no texto, devem ser apresentados⁴. Evocam-se, para tanto, os estudos de Santos, Hartz e Delduque (49, pág. 316):

Essas teorias são capazes de indicar as mudanças ocorridas, individual ou coletivamente, na vida das pessoas, e tais mudanças são denominadas “efeito” ou “impacto”. Na medida em que os efeitos e/ou impactos são capazes de alterar o funcionamento dos serviços, as normas sociais, a vontade política, passam a ser reconhecidos e denominados como “influência”. Ao incremento de investimento, seja público ou privado, dá-se o nome de “alavancagem” (27). Contudo, há que se reconhecer que o fator essencial para a mudança está nas competências dos agentes em determinado contexto, pois elas são os elementos que permitem que ocorram a alavancagem, a influência e o impacto (27).

As Teorias de Mudança exigem atenção para o que comumente lhes é outorgado como problema. Talvez o mais comum deles seja considerar a Teoria de Mudança como documento formal, a ser preenchido e depois

³ Apenas para exemplificar: o Departamento Australiano de Relações Exteriores e Comércio (DFAT) e a Fundação Ásia colocaram suas equipes para desenvolverem Teorias de Mudança, a partir da reflexão sobre eventos, decisões tomadas, realizações, a fim de que os diferentes atores produzissem um ‘melhor palpite’ acerca de processos de avaliação e reavaliação. A Fundação Ásia, nas Filipinas, testou uma série de ferramentas orientadas para o processo, incluídos documentos básicos de cronograma para auxiliar nos processos internos de aprendizagem e na aprendizagem para os doadores, para incentivar “a prática e a disciplina de questionar tudo”.

⁴ O assunto foi tratado em capítulo de livro técnico sob o título ‘Pensar a lei como Intervenção no Processo Avaliativo do Direito à Saúde’ durante o doutoramento, em parceria com as professoras Maria Célia Delduque e Zulmira Hartz, disponível em: <file:///C:/Users/PC/Downloads/1Y.pdf>

abandonado, sem de fato descobrir, registrar e avaliar criticamente o que nele está envolvido.

Outro ponto de falha refere-se ao fato de que algumas convenções acerca dos gerenciamentos consideram os elementos de processo como 'sistemas fechados, controláveis e imutáveis' (78), o que desconsidera que a não obtenção de resultados pode estar associada às falhas nos fluxos e atividades. Tal postura deve ensejar o incentivo às abordagens amplas, flexíveis e adaptáveis, originadas da crítica e da aprendizagem (79).

O crescimento do rol de evidências sobre as operações reflexivas e/ou adaptativas nas práticas de desenvolvimento, embora pareça de muito valor, impõe o cuidado de que o excesso não enfraqueça a crítica (80-83) e nem a criatividade. Portanto, o foco deve estar em um conjunto de princípios que conduza a uma agenda positiva de resultados (76).

Outro problema comum diz respeito ao registro de intervenções, programas e projetos que são executados concomitantemente e sem coordenação entre si.

Para James, a "Teoria de Mudança é um processo contínuo de reflexão para explorar a mudança, como isso acontece e o que isso significa para a parte que jogamos em um contexto particular, setor e/ou grupo de pessoas" (84), o que evidencia a importância do contexto e das atribuições dos indivíduos em seus *lôcus* de atuação. Dessa forma, as intervenções é que giram em torno das organizações e de seus contextos inter-relacionais, e não o contrário. Ao considerar que a Teoria de Mudança tem olhos atentos aos processos (84-86), as matrizes lógicas podem induzir um olhar exclusivo para os controles (87-88). A superação do problema pode estar em registros que reflitam os resultados de curto, médio e longo prazo, com revisões regulares, facilmente compreensíveis por qualquer dos atores envolvidos nas diferentes frentes de atuação. (89)

A questão da visibilidade e compreensão das matrizes lógicas também pode revelar-se como problema. Os diagramas complexos fazem sentido somente para os que estão diretamente envolvidos, e a tendência é que cada indivíduo e/ou organização desenhe elementos que reflitam suas próprias necessidades, prioridades e visões de mundo. Devido ao risco de que os diagramas não consigam comunicar seu significado, devem ser utilizados

somente quando expressarem o senso coletivo das várias etapas do desenvolvimento até o alcance dos resultados e devem perseguir a maior simplificação possível (82-83).

Outro item a ser considerado diz respeito à necessidade de 'falar' a narrativa dos financiadores. Estes nem sempre compreendem os relatórios organizacionais e tendem, obviamente, a não aceitar demonstrações fundamentadas em evidências seletivas, que demonstram apenas os resultados positivos, ou evidências fracas, desprovidas de análise realista. Não enfrentar tal questão pode mascarar um problema cujo financiamento objetivou resolver, além de criar eventual sensação de segurança, enganosa, sobre a análise a que uma intervenção seja submetida (76).

Também podem apresentar falhas na detecção de relação causal, na medida em que os resultados obtidos em curto ou médio prazo não são capazes de dar sustento àqueles pretendidos em longo prazo. Nesse caso, o cuidado deve estar nos vínculos entre as pessoas que se beneficiarão da intervenção e as partes envolvidas (*stakeholders*), para que sua atuação não se torne meramente uma projeção de seu próprio interesse. Nesse contexto, a mudança se apresentará tecnicamente frágil, sem sustentação de pressupostos técnicos, políticos ou financeiros e de forma descolada da realidade social.

Segundo Weiss, as Teorias de Mudança representam uma abordagem que tenta responder a três perguntas fundamentais: (i) por que é tão difícil compreender os pressupostos sobre os quais as mudanças sociais estão apoiadas? (ii) por que as fases que antecedem os resultados e que mostram como uma política ou programa se desdobra nas comunidades são tão pouco evidentes e explicitadas? e, (iii) por que os *stakeholders* tipicamente desconhecem o caminho e os desdobramentos dos programas com os quais se relacionam? Essas são as perguntas que interessam sobremaneira à análise pretendida (90).

4 MÉTODOS

Trata-se de estudo de avaliação, tipo pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa, por apresentar informação subjetiva, narrativa, decorrente da análise de fontes normativas e empíricas, a partir de Análise Documental (Ad) e entrevistas semiestruturadas aplicadas técnicas de Análise de Discurso (AD) e análise de Conteúdo (AC).

A opção metodológica é qualitativa, de modo a possibilitar a apreensão da realidade, a partir do conjunto de técnicas que constituem a Ad e sua decodificação. Tal opção é a que melhor permite captar das fontes normativas o necessário para o alcance de objetivos (91).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FSC-UnB), aos 25.abr.2017, sob registro n. 67590217.0.0000.0030 e obteve aos 23.set.2017 sua aprovação. Foi regularmente submetido à banca de qualificação, aos 24.mai.2017 e aprovado.

4.1 DA COLETA E TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

4.1.1 Das fontes normativas

O conjunto legal analisado foi totalmente obtido por meio de sítios e/ou portais eletrônicos de acesso público, livre e desembaraçado. Foram utilizados os sítios da Presidência da República, acessível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>, bem como o LexML Brasil, acessível em <https://www.lexml.gov.br> para identificar o elenco estudado.

A seleção deu-se a partir da leitura e da identificação de ementas cujo conteúdo referisse 'saúde', buscando a maior quantidade de informações com a mais apropriada pertinência temática. Importa justificar que não foi utilizado qualquer descritor, e, sim, a leitura individual de todas as ementas da produção legislativa complementar e ordinária do período selecionado, compreendido entre 1986 e 2016. Nos casos em que a ementa não foi capaz de indicar tratar-se ou não de norma do campo da saúde, fez-se leitura dinâmica do conteúdo da lei, a fim de identificar eventual pertencimento ao rol.

Foram excluídas da pesquisa todas as leis federais (Constituição, Leis Complementares e Ordinárias) promulgadas no período compreendido entre

1986 e 2016, cuja ementa ou conteúdo não indicasse ser atinente à área da saúde, direta ou indiretamente, estando as demais devidamente incluídas.

O passo seguinte tratou da conferência entre a descrição da ementa e o conteúdo normativo, mantendo ou não o achado no rol dos documentos a serem analisados.

Foram consideradas adequadas leis que apresentaram conteúdo referente a: (i) competências dos entes federados no sistema de saúde brasileiro; (ii) relações público-privadas; (iii) participação social no sistema de saúde; (iv) datas comemorativas relacionadas à saúde; (v) recursos humanos em saúde; (vi) áreas da atenção à saúde; (vii) estruturação estatal; e, (viii) responsabilidade fiscal, compatíveis às teses fixadas no relatório final da VIII CNS.

Até então, os softwares Microsoft® Word e Microsoft® Excel haviam se prestado ao levantamento pretendido. Contudo, em face do grande volume de informações, cada uma das leis selecionadas passou a ser tratada como 'documento', inclusive a CF/88, em vias de ser inserido *software* de organização jurídica utilizado no Projeto 'SUSLegis' 'Suslegis', destinado à organização de todo o material.

Aqui cabe bem explicação acerca do Projeto 'Suslegis'. Serviu ao planejamento e à consolidação das portarias (atos administrativos / normativa infralegal) exaradas pelo Gabinete do Ministro da Saúde, entre 1990 e 2017, aplicáveis ao SUS (92). Contou, entre seus instrumentos para a consecução do trabalho, com um *software* capaz de aglutinar normativas por similaridade temática, de forma a facilitar o cumprimento ao art. 59, parágrafo único, da CF/88⁵.

O Projeto 'Suslegis'⁶ teve por objetivo uma consolidação normativa, o que, por óbvio, é bastante diferente do pretendido na presente produção. Contudo, cabe destacar que o interesse aqui diz respeito à comparabilidade

⁵ O artigo 55 da CF/88 foi regulamentado pela LC n. 95, de 26 de fevereiro de 1998 (LC 95/98), alterada pela LC n. 107, de 26 de abril de 2001, que dispôs sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis como forma de propiciar ordenamento efetivo às normas.

⁶ Maior detalhamento acerca da Estratégia SUSLegis, cabe leitura de texto: Santos AO, Lima JAO. Project 'Suslegis': Consolidation of Rules of the Unified Health System (SUS). *Journal of Law and Regulation / Revista de Direito Setorial e Regulatório*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 289-306, may 2018. ISSN 2446-5259. [internet].

entre o que foi representado pela VIII CNS e a legislação vigente, portanto, a necessidade primária dizia respeito à identificação da interrelação entre documentos selecionados, tal qual pretendeu mencionado projeto (2, pág. 291):

O processo de organização normativa requer disposição para o enfrentamento de um grande volume de conteúdo, exposto de forma fracionada e dispersa, que pode ou não ter se valido da técnica legislativa, mas que precisa alcançar determinada inter-relação, para prestar-se verdadeiramente ao seu papel social.

Estando o referido *software* preparado para recepcionar legislação, portanto, ordenado em capítulos, seções, artigos, incisos e assim por diante, o único documento disforme à formatação tecnológica foi o 'Relatório Final da VIII CNS'. Decidiu-se, inclusive para ampliar a comparabilidade, converter o referido documento em legislação e cada um de seus parágrafos foi inserido no *software* como se fora artigo de lei.

A análise das ementas das leis federais (Constituição, Leis Complementares e Ordinárias), bem como o uso de documentos, relatório da VIII CNS e as próprias leis, possibilitou a contextualização histórica e social, a observação do processo evolutivo do sistema de saúde na expressão da lei, como também a produção ou reelaboração de conhecimentos e a compreensão de fenômenos (93).

Inserida a legislação no *software* passou-se ao esforço de enquadramento nas categorias temáticas já prescritas no relatório da VIII CNS, ou seja: 'Saúde como Direito', 'Reformulação do Direito à Saúde' e 'Financiamento'. Tais 'instituições' como referido no *software*, ou categorias, como aqui se referirá, tiveram por objetivo revelar associações temáticas (2, pág. 292):

[...] foram identificadas "instituições" ou "categorias institucionais" para a alocação das normas selecionadas como consolidáveis. A identificação de categorias revelou a necessidade de associações temáticas, posteriormente convertidas em mapas que revelaram as correlações ontológicas e possibilitaram agrupamento mais preciso [...].

A compreensão do presente documento depende, e essa deve ser a primeira memória, de que sejam consideradas unidades de análise os artigos

da CF/88 e as leis, apresentadas em três categorias conceituais: (i) direito à saúde; (ii) reformulação do sistema de saúde; e, (iii) financiamento, de forma a guardar compatibilidade com o relatório final da VIII CNS (3).

Entretanto, com a consciência de que o amplo arcabouço legislativo organizado em três categorias não propiciaria aprofundamento ao estudo dos temas, foi necessária a estratificação de cada instituição/categoria, ou seja, a formação de subcategorias cujo *software*, além de admitir, denominou 'marcas'.

Assim, a estratificação do banco de dados em categorias e subcategorias obedeceu à seguinte indicação:

Quadro 1 - Legislação Federal em Saúde, organizada em categorias e subcategorias, Brasil, 1986-2016

Categoria	Saúde como Direito	Reformulação do Sistema de Saúde	Financiamento
Subcategoria 1	Datas Comemorativas	Estrutura Estatal	Plano Plurianual
Subcategoria 2	Competências	Recursos Humanos	Lei de Diretrizes Orçamentárias
Subcategoria 3	Participação Social	Vigilância em Saúde	Lei Orçamentária Anual
Subcategoria 4	Condicionantes e Determinantes	Promoção e Prevenção	Regras
Subcategoria 5	Relações Público-Privadas	Atenção à Saúde	Créditos

Fonte: elaboração da autora

O conteúdo das categorias e subcategorias foi delimitado nos marcos teóricos e conceituais sobre os quais está alicerçado o presente trabalho. Até então, para além da conformação em categorias e subcategorias, a disposição normativa em ordem cronológica propiciou o alcance do primeiro objetivo específico, qual seja: identificar as leis (constituição, complementares e ordinárias federais) atinentes à saúde.

A inserção dos documentos no *software* possibilitou a formulação de dois mapas documentais a serem analisados: 'A' e 'B'.

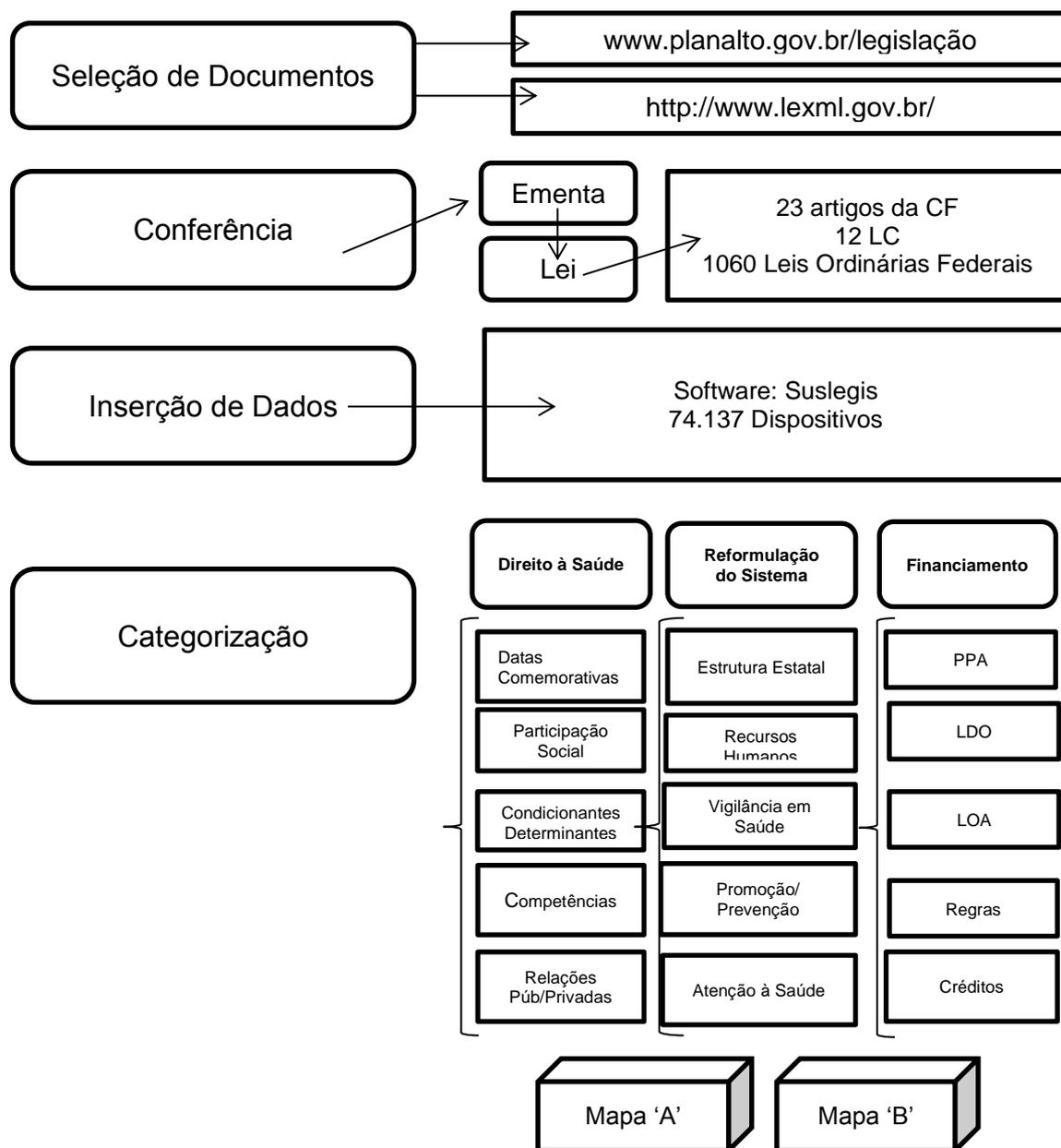


Figura 1 - Modelo Lógico para a Seleção e Categorização de documentos, Brasil, 1986-2016

Fonte: elaboração da autora.

Os mapas 'A' e 'B' apresentaram dados referentes aos códigos de inserção do dado no *software*, a instituição/categoria a que pertence cada dado inserido; a marca de cada instituição; a identificação da lei a que se refere o dado inserido; título; capítulo; seção; subseção; artigo; anexo; dispositivo e o texto legal.

Foram identificados 23 artigos da CF/88, 12 leis complementares e 1060 leis ordinárias, que corresponderam a mais de 18 mil artigos e a mais de 70 mil dispositivos legislativos, quando considerados incisos, parágrafos e alíneas.

Quadro 2- Legislação Federal em Saúde organizada e quantificada em Títulos, Capítulos, Seções, Subseções e Anexos, Brasil, 1986-2016

GOVERNO	Títulos	Capítulos	Seções	Sub-Seções	Artigos	Anexos
Sarney	0	6	4	0	820	18
Collor	60	163	133	0	2.021	22
Itamar	30	132	237	0	1.961	6
FHC I	40	249	104	0	2.302	22
FHC II	21	105	49	0	1.504	37
Lula I	13	203	83	0	2.802	67
Lula II	11	198	193	0	2.767	74
Dilma I	11	237	223	0	2.244	95
Dilma II	3	142	103	0	1.383	30
Temer	0	30	21	0	275	16
TOTAL	189	1.465	1.150	0	18.079	387

Fonte: elaboração da autora, a partir dos dados inseridos no *software* de organização jurídica

Contudo, o volume muito expressivo de informações contidos nos dois mapas revelou que a análise seria missão muitíssimo complexa, em especial por sua extensão, pelo que foi necessário estratificá-los, conforme as categorias e subcategorias. Assim, os mapas 'A' e 'B' foram convertidos em 3 'bases de dados' compatíveis às categorias indicadas, que por sua vez foram fracionadas conforme as subcategorias.

A primeira base de dados referiu à categoria Direito à Saúde, a segunda referiu-se à categoria Reformulação do Sistema de Saúde e, por fim, à categoria Financiamento, cujos dados totais, apresentados em suma, estão dispostos nas tabelas que seguem.

Tabela 1 – Categoria 'Saúde como Direito': quantidade de leis e dispositivos x subcategoria selecionada, Brasil, 1986-2016

Saúde como Direito

Subcategorias	Quantidade de Leis		Quantidade de Dispositivos	
	Nº	% do Total	Nº	% do Total
Participação Social	1	0,7	29	0,4
Datas Comemorativas	69	46,3	193	2,4
Competências	10	6,7	1.047	13,1
Relação Público-Privado	22	14,8	2.503	31,3
Determinantes e Condicionantes	47	31,5	4.231	52,9
Total	149	100,0	8.003	100,0

Fonte: elaboração da autora, a partir dos dados inseridos no *software* de organização jurídica.

Tabela 2 – Categoria ‘Reformulação do Sistema’: quantidade de leis e dispositivos x subcategoria selecionada, Brasil, 1986-2016

Reformulação do Sistema de Saúde				
Subcategorias	Quantidade de Leis		Quantidade de Texto	
	Nº	% do Total	Nº	% do Total
Atenção à saúde	46	10,3	993	3,1
Estrutura Estatal	269	60,0	26.202	81,2
Promoção e Prevenção à saúde	14	3,1	302	0,9
Recursos Humanos	58	12,9	2.471	7,7
Vigilância em saúde	61	13,6	2.281	7,1
Total	448	100,0	32.249	100,0

Fonte: elaboração da autora, a partir dos dados inseridos no *software* de organização jurídica.

Tabela 3 – Categoria ‘Financiamento’: quantidade de leis e dispositivos x subcategoria selecionada, Brasil, 1986-2016

Financiamento do Setor				
Subcategorias	Quantidade de Leis		Quantidade de Texto	
	Nº	% do Total	Nº	% do Total
Créditos	190	40,0	1.050	3,1
Fixação/ Alteração de Norma	210	44,2	12.479	36,8
Lei de Diretrizes Orçamentária	30	6,3	14.934	44,1
Lei Orçamentária Anual	35	7,4	4.964	14,6
Plano Plurianual	10	2,1	458	1,4
Total	475	100,0	33.885	100,0

Fonte: elaboração da autora, a partir dos dados inseridos no *software* de organização jurídica.

Além da organização propiciada pelo *software* de organização jurídica, também foi utilizado, como meio auxiliar, *software* destinado à aplicação das técnicas de AC: NVivo¹² que suporta métodos qualitativos e que contribuiu para a organização, análise, encontro de informações em dados não estruturados e apresentação, com a identificação de palavras-chave, evidenciadas no arcabouço legislativo, e sua respectiva frequência.

4.1.2 Da análise de conteúdo

Conforme as lições de Bardin, a AC consiste em várias técnicas de análise, em especial relacionadas com a comunicação, que procuram atingir

resultados sistemáticos que colaborem para a produção de inferências, que podem ter foco quantitativo, nos casos em que a abordagem se dá pela frequência das palavras, ou qualitativa, quando da análise de determinadas categorias analíticas (94).

Para a AC, Bardin sugere três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, o que estava em conformidade com o previsto e já parcialmente executado com o auxílio do *software* de organização jurídica (94).

A inclusão de dados no NVivo¹², portanto, ocorreu após a divisão dos mapas 'A' e 'B' em três bases de dados distintas, que foram inseridas no *software* a partir das subcategorias.

Cada subcategoria constituiu o que o sistema denomina por 'nós' e que possibilitam a identificação de tendências com a estrutura da 'árvore multiplicativa' previamente identificada⁷.

Tal medida acelerou tanto a introdução, quanto a categorização dos dados e apresentou resultados a partir de figuras distintas: nuvens de palavras e diagramas de *Cluster*.

A partir da apresentação dos dados em categorias e subcategorias, originadas da Ad auxiliada pelo *software* de organização jurídica e da AC representada pela frequência de palavras extraída do *software* NVivo¹², foi possível obter uma organização primária que colaborou em uma modelagem comparativa com o relatório final da VIII CNS.

Assim, as apresentações didáticas dos dados (constantes no texto como figuras, tabelas, quadros), acabaram por constituir-se em argumentos para a narrativa, bem como para as entrevistas com participantes, nesta ocasião já intencionalmente selecionados.

⁷ Não foi utilizado o diário de campo disponível no *software*.

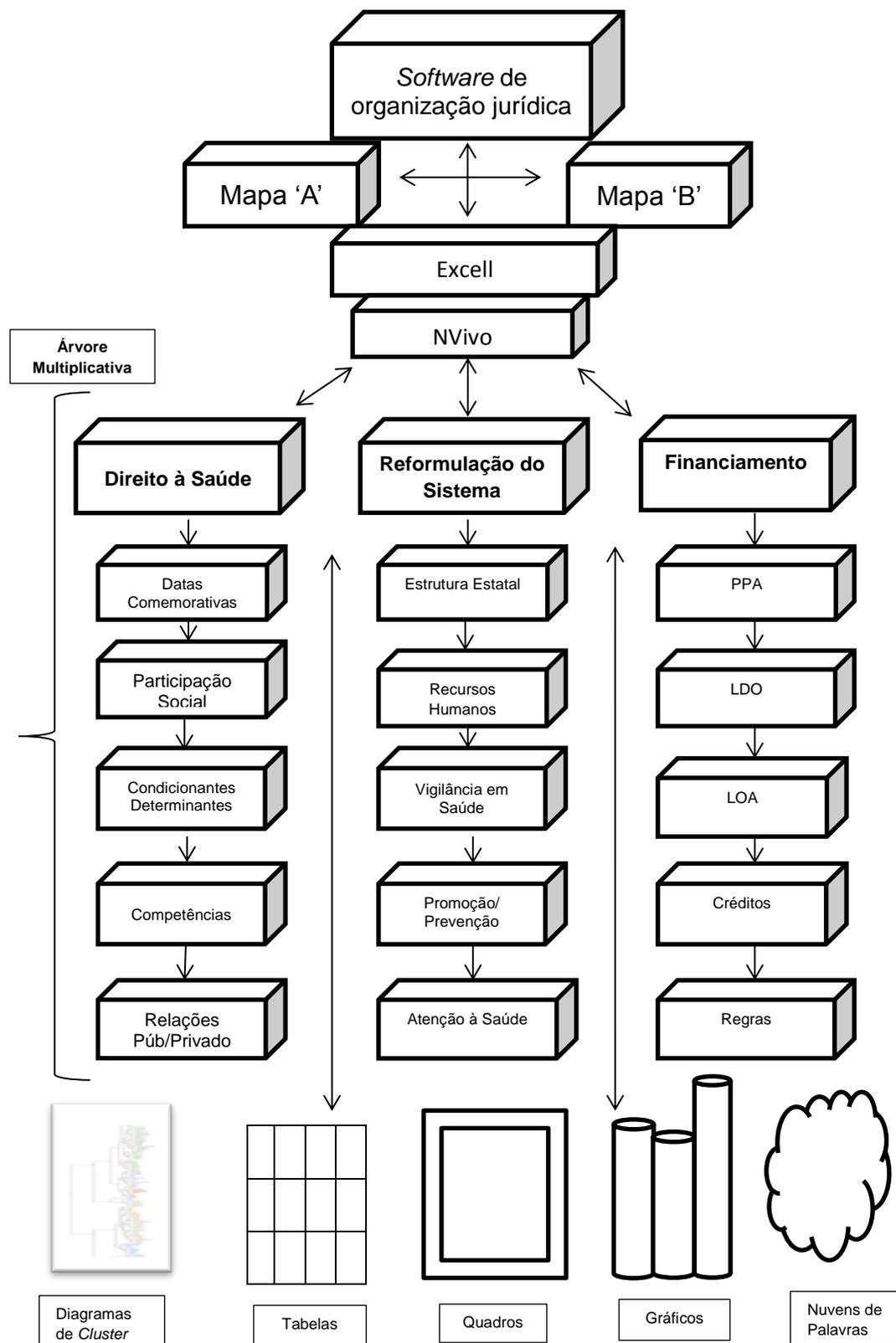


Figura 2 - Modelo Lógico do Tratamento de Dados – Software para Organização Legislativa e NVivo¹², Brasil, 1986-2016

Fonte: elaboração da autora.

4.1.3 Das fontes empíricas

Tomadas as fontes normativas relacionadas com a saúde como objeto estudado, foi necessário atentar-se para desafios importantes: (i) não negligenciar sua natureza histórica e social; (ii) ampliar o poder de análise e avaliação da intervenção e de seus efeitos com a inclusão de diversos atores; (iii) aumentar a validade do estudo, lançando mão de triangulação de técnicas metodológicas; e, (iv) estabelecer a melhor relação possível entre a teoria e a empiria.

Com vistas a minimizar os efeitos não desejados desses desafios, viu-se na realização de entrevistas a possibilidade de incrementar os dados sobre a natureza histórica e social do objeto estudado e democratizar a pesquisa ampliando o rol de pontos de vista. Tal opção, em especial o uso de entrevistas semiestruturadas, é estratégia comumente utilizada em pesquisas qualitativas, pois além de extraírem experiências vivenciadas pelos atores sociais, podem vir a contribuir para construções teóricas e para o relacionamento entre achados (95).

A identificação de três atores de cada grupo atuante no SUS (gestores, legisladores, sistema de justiça e academia) partiu da necessidade de buscar informação entre profissionais que tenham atuado profissionalmente no período dos achados sobre os quais se pretendeu elucidar.

Todos os entrevistados responderam as perguntas constantes em questionário semiestruturado, aprovado pelo CEP: (i) identificação pessoal: nome completo, profissão e formação acadêmica; (ii) a pesquisa está relacionada com o período 1986 / 2016. Neste período em que ocasiões sua atuação profissional esteve relacionada ao sistema de saúde vigente no país, à elaboração ou aplicação das leis relacionadas à saúde, ou ainda à pesquisa ou escrita científica sobre o tema?; (iii) em sua opinião, a legislação brasileira reflete os interesses da VIII Conferência Nacional de Saúde? Por quê? ; e, (IV) considerando que a VIII CNS dividiu-se em 3 eixos: Direito à Saúde, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento, em sua opinião qual o eixo teve maior amparo no legislativo? Por quê?

As 12 entrevistas ocorreram mediante autorização expressa em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), executadas a partir do roteiro semiestruturado já apresentado, que permitiu identificar o entrevistado, sua atuação profissional, o lapso temporal sobre o qual ofereceu informações, além de contar, posteriormente, com o acréscimo de perguntas decorrentes da análise das normas.

A seleção de entrevistados deu-se somente após a análise das fontes normativas, de forma a identificar o que deveria ser alvo de elucidação, sendo incluídos os entrevistados que responderam positivamente às questões incluídas em questionário semiestruturado. Foram adotados como critérios de exclusão de entrevistados: (i) responder que desconhece do que se tratou da VIII CNS; e/ou, (ii) responder que desconhece, ainda que em termos gerais, o conteúdo da legislação federal brasileira sobre saúde. Ressalte-se que, entre os entrevistados selecionados, não houve exclusão.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, entre fevereiro e junho de 2019, gravadas mediante autorização dos entrevistados, com retorno de transcrição em prazo razoável ao entrevistado, por *e-mail*, com recepção devidamente registrada. Tais entrevistas foram majoritariamente realizadas nos ambientes de trabalho dos entrevistados, com duração média de 40 minutos. Reitera, conforme esclarecido ao CEP, que as entrevistas não acarretaram riscos aos entrevistados, na medida em que não houve nenhum descumprimento de princípios éticos e/ou bioéticos. Esclarece que os entrevistados não obtiveram ganhos pessoais remuneratórios e que contribuíram gratuitamente para a elaboração da presente tese.

A realização de entrevistas implicou na utilização dos quadros, tabelas e principalmente os gráficos que seguem e que demonstraram a comparação quantitativa entre subcategorias e a produção legislativa em décadas e em governos executivos federais.

Cabe ainda esclarecer que não há comparabilidades entre as entrevistas e sim, o objetivo de buscar esclarecimento acerca dos achados possibilitados pelos dados, motivo pelo qual não são idênticas.

4.1.4 Da análise de discurso

A análise das entrevistas foi feita pela técnica de AD, seguidas as lições de Maingueneau por interessar sua compreensão de que o conjunto das formações discursivas é finito, não é totalmente assimilado na técnica analítica, mesmo que em interação com o contexto (96-97).

Do que ensina Maingueneau, o que melhor cabe é a admissibilidade de que universo discursivo não será todo analisado, mas dele será possível extrair campos discursivos, que ora denotam oposição, ora conformidade com o objeto estudado.

O arranjo da ferramenta organizadora da legislação utilizada pelo projeto 'Suslegis' propiciou elementos motivadores para as entrevistas. Primeiro é preciso reforçar que os textos normativos foram classificados em categorias, inclusive com a informação acerca do quantitativo de dispositivos. A conformação da inteligência de *software* utilizada no projeto 'Suslegis' foi imprescindível à consecução e ordenamento de fases operacionais, tanto do projeto mencionado quanto do presente trabalho. Teve por fundamento teórico o uso da linguagem, em especial pela Teoria Geral dos Fatos Institucionais⁸ que oferece uma explicação de como a realidade social se forma a partir do uso performativo da linguagem (2). A teoria de Searle, marcada pela publicação da obra *An Institutional Theory of Law: new approaches to Legal Positivism*, de MacCormick e Weinberger, em 1986, foi recepcionada no Direito, quando MacCormick define "instituição jurídica" como "conceito jurídico

⁸ A Teoria dos Atos de Fala, do filósofo da linguagem John Searle é considerada uma das principais influências da corrente neoinstitucionalista, tanto no direito, quanto em outras áreas do conhecimento, tais como: Economia, Administração e Ciência Política. Tem por arcabouço doutrinário as seguintes obras: (i) SEARLE, J. R. *Speech acts: An essay in the philosophy of language*. Cambridge: Cambridge University Press, 1969. v. 626; (ii) _____. *Expression and meaning: Studies in the theory of speech acts*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985; (iii) _____. *The construction of social reality*. New York: Free Press, 1995. Citado 9 vezes nas páginas 31, 32, 37, 38, 39, 40, 41, 42 e 78; (iv) _____. *Mind, language and society: Philosophy in the real world*. New York: Basic Books, 1999; (v) _____. *Expressão e significado: estudos da teoria dos atos da fala*. Tradução: de Camargo, Ana Cecília G.A; Garcia, Ana Luiza Marcondes. São Paulo: Martins Fontes, 2002; (vi) _____. *What is an institution*. *Journal of institutional economics*, Cambridge Univ Press, v. 1, n. 1, p. 1–22, 2005; (vii) _____. *Liberdade e neurobiologia: reflexões sobre o livre-arbítrio, a linguagem e o poder político*. São Paulo: Unesp, 2007; (viii) _____. *Making the social world: The structure of human civilization*. New York: Oxford University Press, 2009; (ix) _____. *Are there social objects?* In: *Perspectives on Social Ontology and Social Cognition*. Dordrecht: Springer, 2014. p. 17–26.

regulado por conjuntos de regras institutivas, consequenciais e terminativas” (98). Nesse conceito, certos elementos existentes na linguagem permitem lidar com a complexidade da realidade com a qual ela é desafiada. Entre estes: atos declarativos, constitutivos positiva ou negativamente, existência em um período de tempo e modelagem de padrões comportamentais.

Para não prejudicar a fluidez e o raciocínio temporal dos entrevistados, os dados foram organizados e apresentados em décadas e divididos conforme os governos executivos federais.

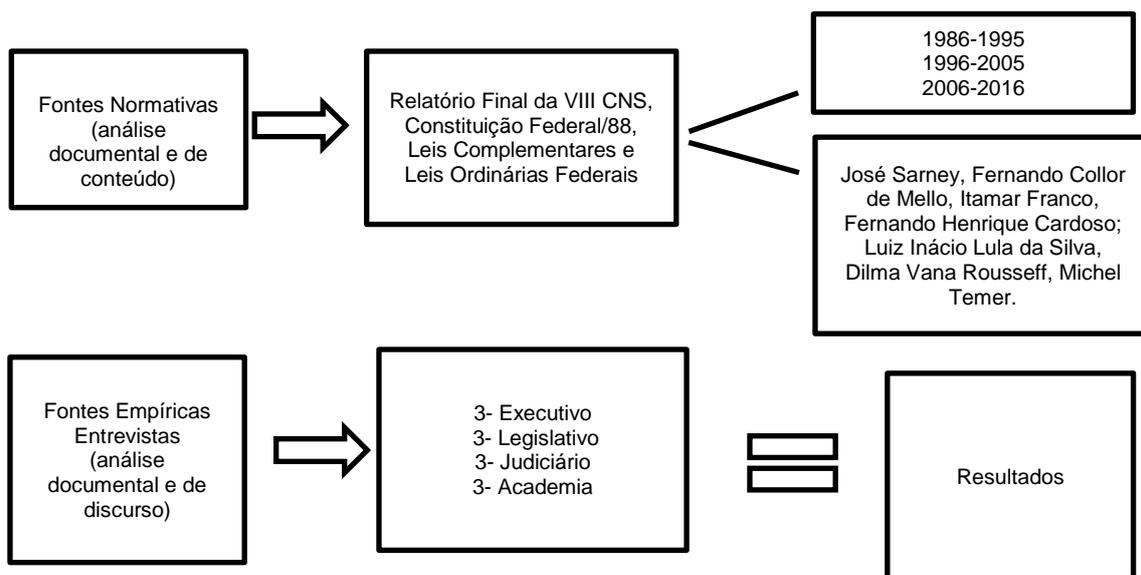


Figura 3 - Modelo Lógico Triangulação das técnicas de Análise de Dados

Fonte: Elaboração da autora.

Nessa seara interessam também as formulações de Minayo (91), para quem um discurso dialoga com outros discursos e, por isso, pode ser ‘referidor’, e por ser elaborado no âmago das instituições capazes de determinar quem fala, como fala e em que momento, também podem ser ‘referidos’. Interessa especialmente a capacidade que o conjunto normativo analisado tem de ser referidor, enquanto estabelecido diálogo com os entrevistados, e também ser referido, na medida em que se amplia a possibilidade de análise e compreensão. A opção pelas análises documental, de conteúdo e de discurso possibilitou o encontro com a lição de Gill (99) para quem a teoria da AD está associada aos recursos linguísticos, sem encarar os discursos como definitivos e sim, como uma reflexão sobre como as coisas são, no momento em que são.

Quadro 3 - Rol de Entrevistados

Agenor Álvares ⁹
Arnaldo Hossepian Salles Lima Júnior ¹⁰
Clênio Jair Schulze ¹¹
Humberto Sérgio Lima Costa ¹²
José Sarney de Araújo Costa ¹³
Jurandi Frutuoso ¹⁴
Lenir Santos ¹⁵
Leonardo Moura Vilela ¹⁶
Luiz Antônio Teixeira de Souza ¹⁷
Ramiro Santana Nobrega ¹⁸
Renato Tasca ¹⁹
Silvia Badim Marques ²⁰

Fonte: Elaboração da autora

⁹Ministro da Saúde (2006/2007); Secretário Executivo do Ministério da Saúde (2005/2016 e 2016); Diretor da ANVISA (2007/2013). Título de Notório Saber conferido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Farmacêutico e Bioquímico especializado em análises laboratoriais. Servidor Público. CV acessível em: <http://lattes.cnpq.br/6151921147430688>.

¹⁰Conselheiro do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Coordenador do Fórum da Saúde do CNJ entre 2016/2019. Coordenador Geral da III Jornada de Direito à Saúde do CNJ. Procurador do Ministério Público do Estado de São Paulo. CV acessível em: <http://lattes.cnpq.br/3547391703414346>.

¹¹Coordenador do Comitê Estadual de Saúde do CNJ de Santa Catarina. Professor da Escola da Magistratura. Mestre em Direito Constitucional. Ex-Juiz Auxiliar da Presidência do Conselho Nacional de Justiça pelo Ministro do Supremo Tribunal Federal Joaquim Barbosa, Juiz Federal em Santa Catarina. CV acessível em: <http://lattes.cnpq.br/8948874571106150>.

¹²Senador da República (PE) (2015/2027), Ministro da Saúde (2003/2005), Secretário Municipal de Saúde de Recife (PE) (2001/2003), Deputado Federal (1995/1999), Deputado Estadual (1990/1993), Vereador (2001/2005); Médico Psiquiatra e Jornalista. CV acessível em: <http://lattes.cnpq.br/5786251890472271>.

¹³Presidente da República (1985/1990); Governador do Estado do Maranhão (1966/1970), Presidente do Senado Federal (2009/2013)/Senador da República (MA/AP) (1971/1985; 1991/2015). Advogado, Jornalista e Escritor.

¹⁴Secretário Executivo do Conass (2007/2019), Presidente do Conass (2006), Conselheiro Nacional de Saúde (2019/2020); Secretário Estadual de Saúde do Ceará; Deputado Estadual (CE); Secretário Municipal de Saúde de Pedra Branca (CE); Mestre em Saúde Coletiva. Médico Cirurgião Geral. CV acessível em: <http://lattes.cnpq.br/5112567194722723>.

¹⁵Doutora em saúde coletiva. Ex-Secretária de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde; procuradora da Unicamp; consultora do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Coordenadora de projetos e do Curso de Especialização em Direito Sanitário do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa). Vice-presidente da Fundação Síndrome de Down e presidente da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down e Conselheira do Conselho Nacional de Saúde. Autora de diferentes livros sobre direito e saúde. Advogada. CV acessível em: <http://lattes.cnpq.br/7987900897964197>.

¹⁶Mestrando pela Universidade Federal de Goiás, Departamento de Saúde Coletiva (UFG). Deputado Federal (2003/2015), Secretário Estadual de Saúde de Goiás (2015/2018); Presidente do Conass (2018); Secretário Municipal de Mineiros (GO) (1997/1998); Médico Pediatra. CV acessível em: <http://lattes.cnpq.br/1257586670316786>.

¹⁷Deputado Federal (2019-2022), Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Secretário Municipal de Saúde de Nova Iguaçu (RJ); Médico Ortopedista.

¹⁸Doutor em Direito. Professor da Graduação e Pós-Graduação do Instituto Brasiliense de Direito Público. Defensor Público do Distrito Federal. Membro do Fórum Nacional de Saúde do CNJ. CV acessível em: <http://lattes.cnpq.br/6133353487714403>.

¹⁹Médico. Representante da Organização Pan-americana de Saúde (Opas). Coordenador de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas /Brasil. Responsável por diferentes publicações da OPAS/OMS, como autor e organizador. Estuda e publica sobre o sistema de saúde brasileiro desde os anos 1990.

²⁰Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora adjunta da Universidade de Brasília, com experiência na área de Direito e Saúde Coletiva, com ênfase em Direito Sanitário. Coordenadora dos Direitos das Mulheres da Diretoria da Diversidade do Decanato de Assuntos Comunitários da Universidade de Brasília. CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/3669631476913938>.

As entrevistas foram executadas mediante consentimento individual livre e esclarecido, concentradas entre os meses de fevereiro e junho de 2019 e submetidas à AD. Conforme permitido pela triangulação de técnicas, foi possível associar os resultados obtidos com a AC àqueles advindos da AD.

No texto os entrevistados foram identificados por códigos: i) sistema de justiça: J01, J02 e J03; (ii) executivo: E01, E02 e E03; (iii) academia: A01, A02 e A03; e, (iv) legislativo: L01, L02 e L03, como forma de minimizar a possibilidade de associação entre o ‘respondente’ e a ‘resposta’, possibilitando ênfase ao conjunto de informações e não às análises individuais.

O cenário e a descrição propiciados pelas Ad e AD importaram na medida em que é crucial a identificação da posição que se ocupa, o contexto que se estuda e sobre o que se escreve, para ofertar a quem lê o lugar de onde se discursa. Tal opção deu-se para a identificação de convergências, divergências e ausências entre as normas analisadas e o relatório final da VIII CNS, bem como a contextualização do sistema de saúde do Brasil, nas últimas três décadas.

Mesmo que haja elementos consubstanciados em teorias do conhecimento sobre a democracia, políticas públicas de saúde e o direito, há que se aplicar ao caso concreto fundamentos capazes de tornar os resultados da pesquisa “um todo”, “uma tese”, e não somente achados distintos e desconexos, pelo que se recorreu ao aparato científico existente na Teoria de Mudança (100, 135-172) como fio lógico para o constructo que ora apresenta.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A VIII CNS: DESDE O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA DO BRASIL ATÉ O RELATÓRIO FINAL

Em que pese o MRSB contar com farta produção acadêmica, implica apresentar, em breves linhas, sua conformação, especialmente porque tal movimento foi a mola propulsora para a VIII CNS.

O processo político em diferentes conjunturas revela como se enfrentam as forças sociais e para questões relativas à saúde o percurso é o mesmo. Assim, têm-se minimamente duas forças atuando: uma que dirige o Estado e pretende manter ou alterar o *status quo* – considerada hegemônica, e outra

que impõe movimento contrário à vontade estatal, portanto, contra-hegemônica. Em resumo, as forças atuam em busca da hegemonia. Tal análise está conectada às pretensões de reforma do sistema de saúde brasileiro, assim apresentada (101, pág. 309):

A ideia da Reforma Sanitária e seus princípios cresceram e se desenvolveram, no Brasil, na contramão da conjuntura histórico-política internacional e, particularmente, latino-americana.

O MRSB ganhou corpo a partir da década de 1970. Segundo Fleury, a expressão expõe um conjunto de ideias transformadoras, além da área da saúde, capaz de conceituar “o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional”. (102)

Contou com diferentes frentes de atuação. Em 1976 houve a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), seguido da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), já em 1979. Pode-se dizer, que o MRSB, buscava meios para, de um lado promover o enfrentamento à crise da saúde e, de outro, buscar alternativas aos limites flagrantes da Medicina Preventiva. (103,104)

Enquanto a Medicina Preventiva apresentava como doutrina um modelo da história natural das doenças, associada à prevenção aplicável aos diferentes níveis de atenção à saúde, não se vislumbrava que o Brasil, por suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, respondesse a tal enfoque. Na arena de forças, a proposta de enfrentamento ao ‘dilema preventivista’ era carregada por produção de conhecimento e engajamento em busca de resposta social para alterar o quadro de desigualdade e promover a cidadania.

O MRSB enfrentaria obstáculos da ordem econômica, política, ideológica e também da produção do conhecimento para estabelecer o direito à saúde como fundamental, social e vinculado à cidadania (10), cujas características o levaram a ser associado a fenômeno social. (105,106)

Pode-se dizer que a Reforma Sanitária foi sustentada por um conjunto de práticas políticas, ideológicas e de reformatação cultural, que ficou conhecida por “movimento pela democratização da saúde” ou “movimento sanitário” (8) e, no correr do tempo, concomitantemente ao enfrentamento do autoritarismo, a atuação do movimento e a sistematização de ideias

desaguaram em um ideário em prol da reforma sanitária em território brasileiro (107).

O MRSB levou em conta diferentes elementos. Um deles foi o econômico, na medida em que há necessidades do capital atendidas pelo setor saúde. A política também foi notadamente considerada, isto porque revela o processo legitimador do Estado perante a sociedade, assim como as capacidades e interesses da classe dominante. O aspecto principiológico envolveu-se com a inserção dos profissionais de saúde na estrutura social e suas articulações com a produção científica e com as práticas (108).

O conjunto de ideias organizou-se como 'proposta' que articulou sugestões e princípios, cuja construção cognitiva articulava-se em uma alteração significativa do cenário social brasileiro (109) e sustentava-se na identificação das relações entre as classes, as políticas estatais e as práticas de saúde.

Tal arcabouço pressupôs alterar sobremaneira a construção ideológica dominante, na medida em que se apresentou como reforma social, defensora da democracia do Estado e escancarou a incompatibilidade entre o crescimento econômico e o caos do setor saúde. Portanto, a proposta de criação do SUS é de 1979 e está registrada em documento político denominado 'A questão democrática na área da saúde' apresentado pelo Cebes à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. (107)

Aplicada a Teoria de Mudança, os atores externos à estrutura de poder do Estado Brasileiro tanto instigaram uma transformação quanto dela fizeram parte, na medida em que contribuíram para a produção de estratégia de longo prazo, que é o atual sistema de saúde.

Nesse contexto histórico, em 1986, a VIII CNS aprovou o conceito de saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram integrar esforços de gestão e financeiros entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais.

A VIII CNS teve início em 17 de março de 1986, em Brasília, e no discurso de abertura, o Presidente José Sarney afirmou que o evento representava a "pré-Constituinte da Saúde". O sanitarista Sérgio Arouca, para quem o tema 'Saúde e Democracia' significou a luta contra a ditadura e a

assunção constitucional do direito à saúde, classificou a VIII CNS como “o evento mais significativo em termos de debate da política de saúde já acontecido na história do país”. (103 -110)

Ainda assim, cumpre esclarecer acerca das conferências de saúde:

Conferências não têm efeitos vinculantes [...] É mais uma indicação de desejo de política do que uma vinculação que obrigue qualquer dos poderes. Naquele momento da VIII CNS, o objeto era organizativo, organizar as ideias dos setores representados na conferência e que tinham importante engajamento no movimento de mudança do direito à saúde. **(Entrevista E01)**

Durante os cinco dias seguintes, cerca de mil pessoas, entre delegados e observadores, dos diferentes lugares do país, discutiram a saúde em 98 grupos cujo resultado culminou em um relatório final dividido em três eixos: ‘Saúde como Direito’, ‘Reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘Financiamento do Setor’.

Para bem compreender a inter-relação entre o MRSB e a VIII CNS, bem cabe a lição de Paim (31, pág. 29):

A partir dessa conferência de 1986, a reforma sanitária brasileira configura-se como um ‘projeto’ em seu relatório final, isto é, como um conjunto de políticas articuladas (Paim, 2002, p. 125) ou “bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” (Arouca, 1988). [...] O SUS, como um dos filhos mais diletos da reforma Sanitária Brasileira (mesmo não sendo o único) teve a sua história reconhecida a partir da sua formalização pela constituição cidadã.

A VIII CNS é considerada pedra fundamental para o direito à saúde no Brasil, para a criação e operacionalização do SUS. O MRSB com atos econômicos, políticos, ideológicos e simbólicos que relacionaram a alteração de práticas sociais, tem sua análise justificada durante e após a VIII CNS, associando-se à Teoria de Mudança desde o seu nascedouro e, em especial a partir do desenvolvimento dos trabalhos da Assembleia Constituinte, Constituição de 1988 e conjuntura legislativa pós-88, motivo pelo qual o tempo de estudo compreendeu o intervalo entre os anos 1986 e 2016. (31)

O MRSB passou a instigar a sociedade ao debate, em busca de trajetória de mudança, que para além da saúde tratava da redemocratização brasileira e foi capaz de induzir, em alguma medida, a Assembleia Nacional Constituinte de 1986/88.

O SUS veio caracterizado como sistema contramajoritário, dadas as características da América do Sul e suas políticas econômicas liberais e de austeridade, vigentes à época. É provido de governança moderna, que entende solidários os entes federados, tanto para os esforços de gestão quanto para os esforços de financiamento. Contudo, não espelhou na legislação o que foi pretendido *in totum* pela VIII CNS e seu relatório final:

[...] e o congresso nacional – na época velho, carcomido e viciado – o que talvez seja até hoje – não amparou totalmente a luta da VIII CNS. [...] O Congresso Nacional barrou naquela ocasião e faz isso ainda nos dias de hoje. **(Entrevista E03)**

Na Teoria de Mudança, algumas hipóteses ou suposições precisam estar em andamento para que deem sustentabilidade aos passos seguintes e conseqüentemente outras tantas, não pensadas em primeira mão, poderão ser enumeradas (135-137). Os dados e análises poderão confirmar ou não pensamentos originais sobre a temática, mas para tanto faz-se necessária a construção de um documento que relate as evidências que sustentam o trajeto percorrido, sejam elas relacionadas com os processos, sejam elas relacionadas com os resultados. No entanto, todo o documento deve prestar-se à aprendizagem, ao que se pode melhorar na ação em prol do desenvolvimento social.

Neste sentido, para dar a descrição da caminhada que compara o conteúdo da VIII CNS, seu relatório final e a legislação federal nacional, apresenta (49, pág. 12-16):

A VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, foi reconhecida como um marco para o processo de redemocratização do país [...]. Funcionou como *input* para as alterações legislativas em saúde no Brasil. Para o presente texto, interessa, exatamente, seu relatório final. O documento foi dividido em três eixos: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor [...].

O relatório final da VIII CNS representado a partir da frequência de palavras, aferidas por meio do *software* NVIVO¹² dá destaque aos termos que ensejaram sua divisão em três eixos anteriormente referidos.

O documento em análise deve ser considerado marco para a criação do SUS e continua revelando sua importância. Comparativamente aos relatórios que o sucederam há de ser considerado conciso, mas com conteúdos que

Especificamente sobre a Constituinte e a Constituição, o relatório final da VIII CNS pretendeu (3):

Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível: (i) garantir uma Assembleia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva; (ii) assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela trabalham, assim como direito à organização e o direito de greve; (iii) suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da nação, via Assembleia Nacional Constituinte, a proposta de não pagamento da dívida externa; (iv) implantar uma reforma agrária que responda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais e que seja realizada sob o controle destes; (v) estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado; (vi) fortalecer os Estados e Município, através de uma ampla reforma fiscal e tributária; (vii) estabelecer compromissos orçamentários ao nível da União, estados e municípios para o adequado financiamento das ações de Saúde.

Tem-se por certo que a defesa dos interesses privados esteve na arena de lutas, de forma a opor-se aos interesses por um sistema de saúde totalmente público e universal. Cabe recorrer à lição de Rodriguez Neto para compreender o trajeto do direito à saúde na Constituinte originária. Para o autor, na área da saúde, a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente desempenhou o papel de ausculta da sociedade e cujo relatório serviria como anteprojeto. (112)

Nesse âmbito, interessa destacar que as considerações eram derivadas dos debates da VIII CNS, transcritas em seu relatório final. Por ocasião da instalação da Comissão da Ordem Social, apesar da resistência do setor privado, o texto aprovado teve continuidade estando nele expressos os ideais do movimento sanitário.

Quando da análise pela Comissão de Sistematização, a possibilidade de manifestação social foi estabelecida por meio de emendas populares que estivessem acompanhadas de minimamente 30 mil assinaturas, para que fossem analisadas e tivessem sua defesa permitida em tribuna, revelando alguma dificuldade do MRSB em coletar quantidade suficiente, e ainda assim foi mantida a essência da proposta. Já na apresentação da proposta ao Plenário da Assembleia Nacional Constituinte, a discussão passou

verdadeiramente por seu *status* de polarização entre os grupos de interesse público e privado.

O setor 'conservador' era ligado ao interesse patronal, ao setor hospitalar privado, cooperativas médicas, profissionais liberais da saúde e até mesmo aos setores do governo que discordavam com a proposta final para o texto constitucional.

Um bloco suprapartidário denominado 'Centrão Democrático' tentou efetivar alteração do regimento interno para que emendas substitutivas fossem apreciadas, e tal medida não se viabilizou, inscrevendo-se na CF/88 o direito à saúde. (112)

As teses defendidas na VIII CNS e expressas no relatório final privilegiaram processos de formulação política desenvolvimentista, a partir de transformações nos perfis demográfico e epidemiológico da população. Aliados aos debates de redemocratização estão ações e serviços de promoção e proteção da saúde, e não somente o tratamento de doenças.

Houve preocupação com o acesso universal às ações e serviços, sendo vetada exigência de inserção formal no mercado de trabalho e que o cidadão tivesse disponível acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde, o que é chamado integralidade. (113)

Esse percurso, desde o MRSB, indicava mudanças em relação à primazia da visão centralizadora, discriminatória e 'hospitalocêntrica' vigente até então e defendida pelas forças opositoras.

As reflexões que levam em conta a Teoria de Mudança e a adequação social, a aprendizagem e a responsabilização estratégica (135-137) podem ser observadas no relatório da VIII CNS, que foi dividido em três eixos, sobre os quais passa a apresentar figuras didáticas.

As nuvens são fundamentadas nas frequências de palavras em determinado documento, e verificado o relatório final da VIII CNS, observa-se destaque para as palavras: 'saúde', 'setor público' e 'financiamento', de forma a guardar compatibilidade com os respectivos eixos.

Considerado o eixo da Reformulação do Sistema de Saúde, que pretendeu a alteração do modelo de atenção à saúde, a figura 6 apresenta a frequência de palavras:



Figura 6 - Nuvem de frequência de palavras no Eixo Reformulação do Sistema de Saúde, no relatório final da VIII CNS, Brasil, 1986

Fonte: elaboração da autora, a partir de dados inseridos no NVIVO¹².

Sobre o tema, pondera-se que os debates daquela ocasião permanecem atuais:

O segundo eixo da conferência, sobre mudar o modelo de atenção à saúde aplicado naquele momento, tem os mesmos conteúdos discutidos até os dias de hoje, o que faz parecer que a VIII CNS teve começo, mas nunca teve fim. **(Entrevista E01)**

Sobre o terceiro eixo, Financiamento do Setor, os debates não foram tão aprofundados por ocasião da VIII CNS, ainda assim a nuvem de palavras apresenta o que será discutido adiante:

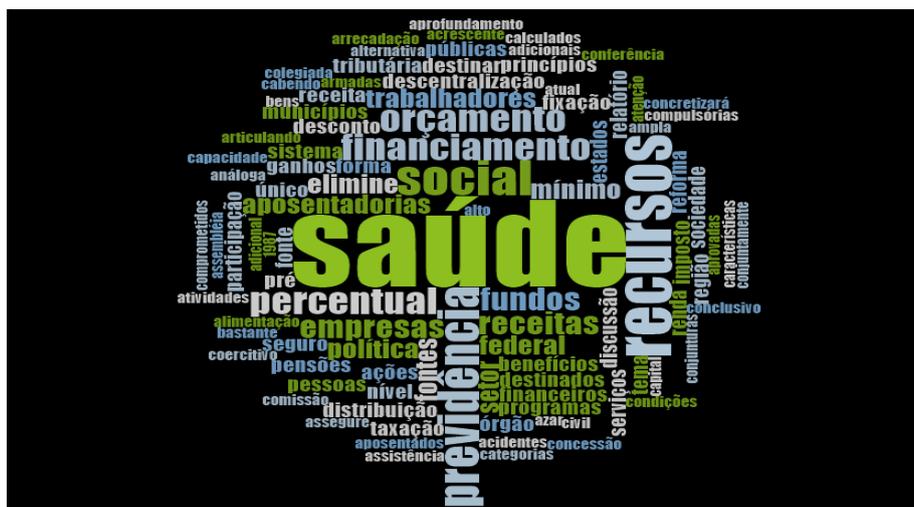


Figura 7 - Nuvem de frequência de palavras no Eixo Financiamento, no relatório final da VIII CNS, Brasil, 1986

Fonte: elaboração da autora, a partir de dados inseridos no NVIVO¹².

Em sede de atualidade dos debates, a 16ª CNS pretende revisitar a VIII e seus conteúdos e pretende-se que os resultados da conferência alcancem elevado nível de maturidade:

A tendência da 16ª CNS é revisitar a VIII CNS para entender porque ela produziu efeitos desejados [...] Há um risco democrático, há involução social, indicadores em decadência, população em desemprego, de ansiedade e insegurança – que são os mesmos elementos que levaram as pessoas a lutar por um estado social, o que está compatível com a revisitação da VIII para que a 16ª renda frutos. **(Entrevista E03)**

A crença geral dos entrevistados é que em alguma medida o conteúdo do relatório final da VIII CNS foi contemplado na legislação vigente, reiterando o pressuposto de partida. O fundamento está principalmente nos dispositivos constitucionais que referem o direito à saúde, nas Leis n. 8.080 e n. 8.142/1990, e posteriormente, pela Emenda Constitucional (EC) n. 29/2000 e sua LC regulamentadora n. 141/2012.

Entretanto, a impressão geral não vem desacompanhada de críticas de diferentes ordens:

- (i) a falta de conhecimento sobre o sistema de saúde impõe dificuldades para a sua consolidação:

Os dados mostram que há dificuldades enormes para a administração e para atuar com essa legislação noutros poderes, como exige a judicialização da saúde. [...] A falta de conhecimento e de constância na implantação do SUS é o que há de pior para a sua consolidação. **(Entrevista A02)**

- (ii) a inflação normativa;

Em alguma medida a legislação abrangeu os interesses da VIII CNS, mas o que acontece e não somente na área da saúde, é a existência de um excesso de propostas legislativas, uma 'poluição', uma pretensão em querer resolver tudo com projetos de lei e leis, o que se expande para o arcabouço normativo das comissões intergestores, promovendo um cipoal de informações e de regras que dificultam a interpretação e causa confusão a todos os atores que precisam lidar com os regramentos, em especial o gestor. **(Entrevista L01)**

- (iii) as dificuldades da implementação prática da lei:

Quando se olha apenas letra da lei, o direito à saúde foi bem contemplado. O tema do financiamento foi contemplado em parte, por meio do financiamento público. E o mesmo ocorreu com a

reformulação do sistema. Ou seja, a lei contempla as três áreas, mas há fraquezas nelas. As três áreas têm luzes e sombras. **(Entrevista A01)**

Mas no Brasil a lei não é para todos. Há movimentos rigorosos para uns e não são para outros. **(Entrevista E03)**

A continuidade dos debates impõe que sejam apresentadas as categorias e subcategorias formuladas por ocasião da apresentação dos métodos e seus respectivos resultados.

Tal como o relatório final da VIII CNS, a legislação estudada foi dividida em três categorias, compatíveis aos eixos do mencionado documento. Entretanto, o excesso de dados não permitiu análise apenas pela categorização exigindo que fossem divididos os dados em subcategorias. Sabe-se bem que tanto as categorias, quanto as subcategorias podem ser alvo de contestação, mas a intenção foi que se aproximassem o mais possível do conteúdo exarado pelo relatório que serviu de documento base para a presente análise.

Para a análise, após a consolidação dos dados, foi necessária a elaboração de figuras didáticas que permitissem contextualização (análise mais geral), perspectiva de evolução temporal (análise em décadas) e com vistas, principalmente, a facilitar a interlocução com os entrevistados, um demonstrativo de produção legislativa referenciada conforme o Poder Executivo federal, e não conforme as legislaturas.

Este é um elemento simbólico, todavia muito importante. A memória está condicionada à atuação do Poder Executivo e muito raramente vincula-se às legislaturas, embora o executivo somente atue amparado por ordenamento da lavra do Poder Legislativo:

No Brasil, o legislativo e o executivo tem bastante interpenetração. Tanto é assim que o demonstrativo dos seus achados não é em legislaturas e sim, conforme a gestão no poder executivo. Ao mudar o presidente, muda-se tudo. De fato é vinculado, em face do presidencialismo de coalisão e outros fatores, a importância inversa também ocorre. **(Entrevista A03)**

Neste ponto do debate, cabe distinguir que um dos perigos da aplicação da Teoria de Mudança é que ela seja um processo imposto por um grupo restrito e que exclua a visão dos beneficiários (138). Para minorar tal

possibilidade, a orientação é que a ausculta seja ampliada (66), para que não se corra riscos de que a implementação seja descolada da realidade e da adequada compreensão de contextos locais. Portanto, interessa também que durante a implementação se obtenham-se retornos dos beneficiários como formas de avaliar e aprender (140-142).

Aqui cabe outra luz de alerta: aprendizagem e responsabilização não estão necessariamente em tensão, contudo, a existência sistemática de protocolos e burocracias que requeiram exclusivamente o alcance de metas contábeis põe em risco os processos de aperfeiçoamento e apropriação de estratégias (77).

Na Teoria de Mudança, a reflexão sobre o potencial de fomentar o pensamento crítico que impulsiona o desenvolvimento e a transformação recebe o nome de responsabilização estratégica e tem por objetivo não somente equacionar custos e produtos, mas sim, gerar capacidades de alterar qualificadamente as práticas (77). Portanto, a métrica exclusiva da eficiência revela-se insuficiente para avaliações de políticas públicas.

5.2 'SAÚDE COMO DIREITO': NA LEGISLAÇÃO FEDERAL E NO RELATÓRIO FINAL DA VIII CNS

O contexto geral permite verificar o direito à saúde na CF/88, nas leis orgânicas da saúde e na estabilidade para seu financiamento público, conforme produção legislativa concretizada até os anos 2000.

Em vista disso, a legislação considerada estruturante do SUS assumiu a pretensão da VIII CNS de que saúde tivesse seu conceito ampliado, tal como pretendeu a OMS, e que o Estado, como é próprio em sistemas universais, ofertasse acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (3):

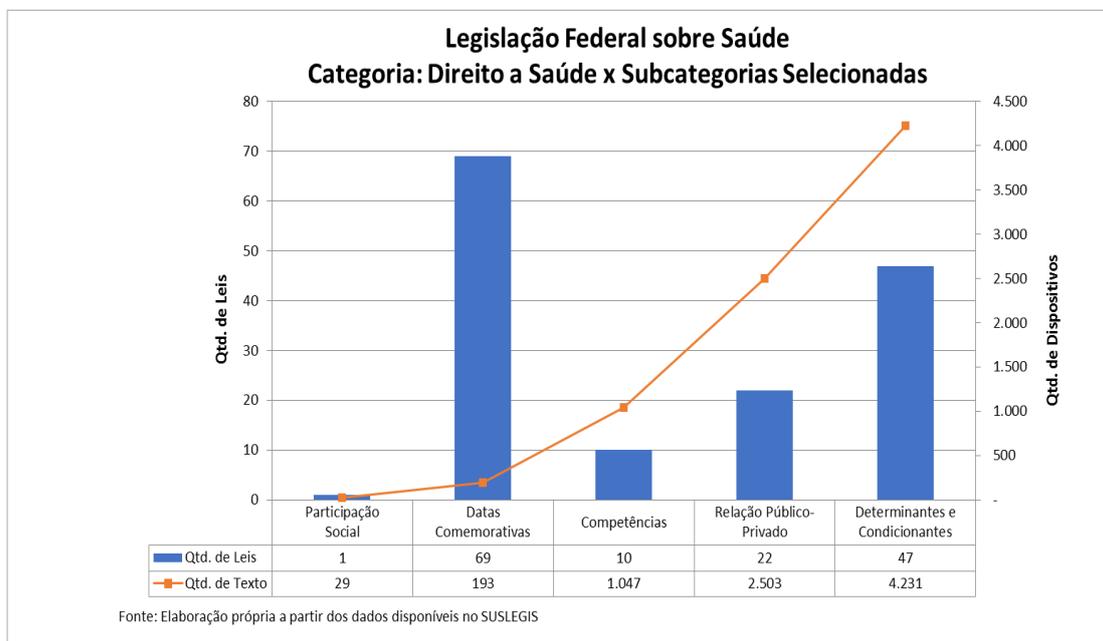
A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal, igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.
(Relatório final da VIII CNS)

Para a organização e análise dos dados agrupados na categoria ‘Saúde como Direito’, esta foi subdividida em cinco subcategorias: (i) datas comemorativas; (ii) participação social; (iii) condicionantes e determinantes; (iv) relações público-privadas; e, (v) competências.

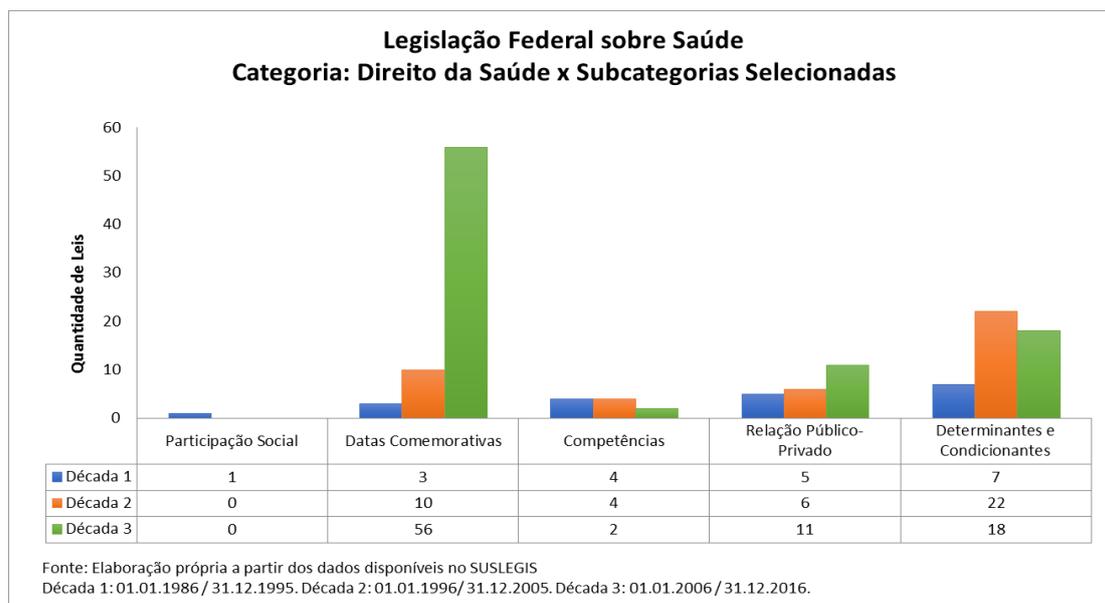
Os gráficos que seguem permitiram análise de contexto geral, de evolução temporal das leis e de produção legislativa federal. A categoria ‘Direito à Saúde’ englobou 149 leis e totalizou 8003 dispositivos, devidamente inseridos no *software* Suslegis e NVivo ¹².

Gráfico 1 - Legislação Federal em Saúde: Categoria Direito à Saúde x Subcategorias selecionadas, Brasil, 1986 - 2016



Fonte: elaboração da autora, a partir de dados disponíveis no *software* de organização jurídica.

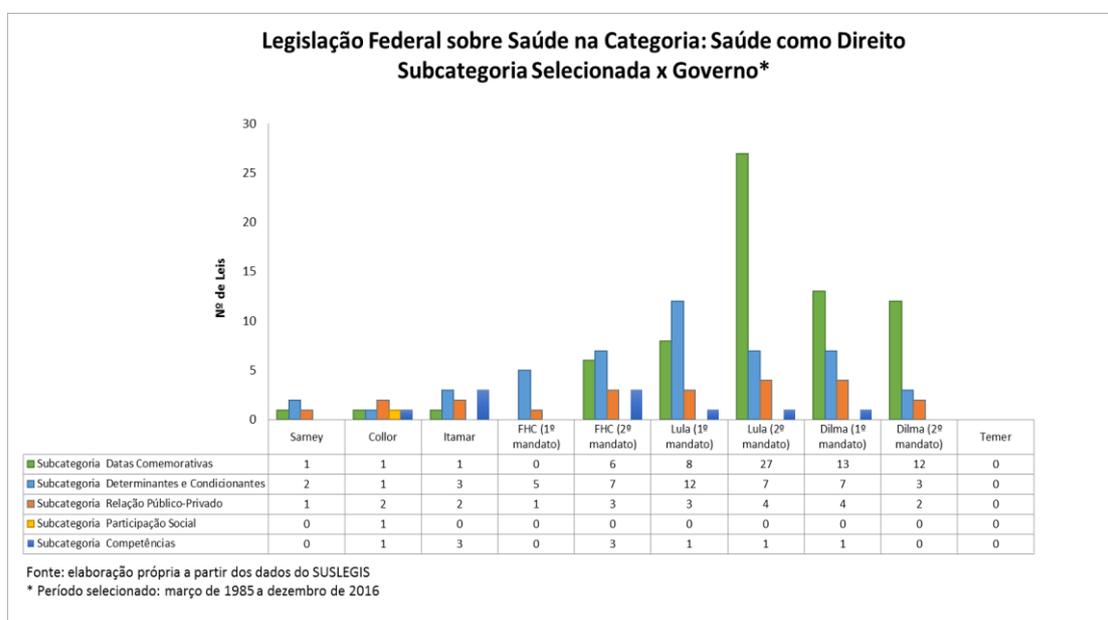
Gráfico 2 - Legislação Federal em Saúde: Direito à Saúde x Subcategorias selecionadas x décadas*, Brasil, 1986 - 2016



Fonte: elaboração da autora, a partir de dados disponíveis no *software* de organização jurídica.

*Década 1: 01.01.1986 / 31.12.1995. Década 2: 01.01.1996 / 31.12.2005. Década 3: 01.01.2006 / 31.12.2016.

Gráfico 3 - Legislação Federal em Saúde: Direito à Saúde x Subcategorias selecionadas x Governos*, Brasil, 1986-2016



Fonte: elaboração da autora, a partir de dados disponíveis no *software* de organização jurídica.

*Período selecionado: janeiro de 1986 a dezembro de 2016

Em primeira análise salta aos olhos a alta produção de legislação simbólica, denominada 'Datas Comemorativas' e seu aumento expressivo na

terceira década, coincidente com o segundo mandato do governo Lula (2007/2010). Também é de se atentar para o crescimento da regulamentação nas subcategorias 'condicionantes e determinantes sociais' e 'relações público-privadas' no mesmo período. Entre outras questões, as anteriormente mencionadas foram apresentadas aos entrevistados, conforme passa-se a expor.

5.2.1 Subcategoria Datas Comemorativas

O rol de leis identificadas nesta subcategoria é constituído por aquelas que dispõem acerca da instituição de dias em prol de profissões, conscientização sobre algumas doenças ou ação promocional; e/ou, identificação de grupos de pacientes²¹.

É preciso explicar que, em um primeiro momento, as leis que estabelecem datas comemorativas foram colocadas junto às que dizem respeito às caracterizadas como prevenção às doenças e promoção da saúde. Entretanto, considerada sua quantidade expressiva, foi possível verificar que permitiriam uma análise equivocada, motivo pelo qual se decidiu em apresentá-las em subcategoria exclusiva.

As datas comemorativas denotam leis simbólicas, empiricamente de baixo ou nenhum impacto na concretização de direitos, ainda assim correspondem a aproximados 7% do total de leis estudadas, não sendo adequado descartá-las do estudo, omitindo tal demonstração. Ainda assim, entender os reais motivos pelos quais o Poder Legislativo federal ocupou-se com este tipo de legislação exigiria um estudo específico com matrizes avaliativas capazes de revelar as influências diretas e indiretas entre grupos de pressão e os parlamentares.

²¹ Cite-se, exemplificativamente: (i) Lei n. 8.160/1991, que dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de pessoas portadoras de deficiência auditiva; (ii) Lei n. 10.439/2002 que institui o Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial e dá outras providências; (iii) Lei n. 11.373/2006, que institui o Dia Nacional de Combate à Psoríase; (iv) Lei n. 11.500/2007, que institui o Dia Nacional do Fonoaudiólogo; (v) Lei n. 11.736/2008, que institui o Dia Nacional de Conscientização da Doença de Alzheimer; (vi) Lei n. 12.135/2009 que institui o Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase; (vii) Lei n. 12.338/2010 que institui o dia 20 de janeiro como o Dia Nacional do Farmacêutico; (viii) Lei n. 11.605/2007 que institui o Dia Nacional do Teste do Pezinho a ser comemorado no dia 6 de junho de cada ano; (ix) Lei n. 11.796/2008 que institui o Dia Nacional dos Surdos; (x) Lei n. 12.199/2010 que institui o Dia Nacional de Combate e Prevenção ao Escalpelamento – dentre outras.

O número de leis simbólicas em saúde, considerado elevado pelos entrevistados, revela a possibilidade de oportunizar meios de publicidade e *marketing*, inclusive nas mídias institucionais, para parlamentares e/ou grupos de pressão:

A data comemorativa é uma oportunidade de o parlamentar lançar seu nome num projeto de lei, sem muita elaboração. **(Entrevista J02)**

É certo que os parlamentares aprovam leis sobre datas comemorativas ‘para chamar de suas’ e agora são ‘frentes parlamentares’ para chamar de suas, o que fez explodir essa quantidade enorme de datas comemorativas. **(Entrevista E02)**

A terceira década alavanca esse tipo de legislação devido ao advento da ‘TV Câmara’, ‘TV Senado’, redes sociais [...] hoje a maioria dos parlamentares são midiáticos, fazem *selfies*, gravam vídeos, fazem *lives* direto do plenário da Câmara, das comissões – é a espetacularização do poder legislativo. Isso leva a esses rompantes de demagogia. **(Entrevista L01)**

Os entrevistados também entenderam pelo inequívoco descolamento entre as necessidades sociais e a atuação parlamentar:

Mostra que a ação do legislativo não é coerente com os problemas reais e essa é a única conclusão que eu poderia ter, o problema está de um lado e o legislador vai para o outro. **(Entrevista A01)**

Posso inferir que, com o amadurecimento do sistema e a necessidade de mais estruturação, o Congresso Nacional não faz esse enfrentamento e começa a fazer leis para atender apenas aos ‘confetes’ dentro do parlamento, ofertando às pessoas coisas que nem são tão úteis para a sustentabilidade do sistema de saúde. A vontade do parlamento em fazer ‘festa’ é alarmante, sem enfrentar as questões que assolam o sistema, como o financiamento em decréscimo, o assoberbamento dos Estados e Municípios no aporte financeiro, em descompasso com a União, [...] É uma cortina de fumaça, é estarecedor! Eu já imaginava que os problemas não eram enfrentados e confirmei com o gráfico. **(Entrevista E03)**

Querem atender o conjunto dos pacientes de diferentes doenças ou segmentos de atuação do setor saúde [...]. O processo legislativo brasileiro é muito oneroso, o deputado ganha uma ‘fortuna’ para fazer data comemorativa. **(Entrevista A02)**

‘Data Comemorativa’: tem que haver algumas, marcos têm que ser comemorados, mas a maioria é uma bobagem, uma grande perda de tempo. É muito mais fácil aprovar o dia de alguma coisa, a cor de alguma coisa do que um projeto consistente na área de financiamento, de direito à saúde ou na conformação do SUS. **(Entrevista L01)**

Mesmo que o senso comum induza o pensamento ao fato de que, não havendo opositoristas para a proposição legislativa, seu trâmite é facilitado no Congresso Nacional, e, em que pese o quantitativo identificado de leis

simbólicas ser expressivo, a prática parlamentar indica que ainda assim a aprovação dependerá da relevância do tema:

Há quem entenda que a aprovação poderia ser facilitada por não encontrar oposição para o tema, mas é preciso dizer que o tramite desse tipo de projeto, em especial no Senado, é lento. Isto porque são muitos projetos de lei que tratam desse tipo de assunto [...]. Nas comissões, os parlamentares – até por uma questão de cortesia – tendem a aprovar sem maiores dificuldades, mas geralmente quando vão para o plenário, se toda essa demanda entrar na pauta, leva o sistema de votação ao colapso. Então não é tão simples quanto pode parecer [...]. **(Entrevista L02)**

A declaração vai ao encontro do que foi fixado pela Lei n. 12.345, de 09 de dezembro de 2010, que determinou critérios para a instituição de datas comemorativas, o que coincide, conforme se observa do gráfico n. 3 com a curva descendente da produção legislativa com esse tipo de conteúdo.

Ainda que os debates acerca da legislação simbólica caminhem para utilizá-las como demonstração do descolamento entre a atuação parlamentar e as necessidades reais em saúde, ou ainda, para revelar interesses entre grupos de pressão e congressistas, algumas datas comemorativas têm o condão de despertar na sociedade, o ‘estado de alerta’ para algumas ações promocionais ou preventivas em saúde, conferindo utilidade pública para esse tipo de legislação:

Tentando encontrar utilidade, tais datas são utilizadas para mobilizar certas bases [...]. Se há algum efeito positivo é promover uma mobilização política dos grupos, de forma anual. **(Entrevista J01)**

São duas linhas de raciocínio. A primeira é que leis sobre datas comemorativas não enfrentam oposição no Congresso Nacional. A segunda é que a data comemorativa foi estabelecida para despertar na população consciência sobre determinados assuntos. **(Entrevista E02)**

A legislação simbólica não veio expressamente prevista entre os pleitos do relatório final da VIII CNS, a não ser que fossem efetivamente capazes de atuar como meios para a efetivação de direitos. No entanto, todos os segmentos de entrevistados indicaram que esse tipo de legislação (69 leis identificadas no período do estudo, compatíveis a 193 dispositivos) não produz impacto na concretização de direitos:

No meu cotidiano a legislação simbólica, leis comemorativas, não produzem nenhum impacto. [...] nunca apliquei ou discuti judicialmente uma lei simbólica. **(Entrevista J03)**

Esse tipo de legislação não tem nenhum impacto no dia a dia. [...] As datas comemorativas são um ponto fora da curva. O que mais se legislou não é sobre algo relevante e não foi pretendido na VIII CNS. **(Entrevista A03)**

Da minha atuação [...] posso afirmar que esse tipo de legislação não produz nenhum impacto na concretização de direitos. **(Entrevista J02)**

Claro que algumas datas comemorativas são importantes, até para salientar que aquela data ou objeto são importantes. [...] essas datas não têm peso, não têm significado na melhoria da saúde da população, não tem impacto no acolhimento dos profissionais ou usuários comemorados. São inócuas! **(Entrevista E01)**

não observo nenhuma utilidade desse tipo de legislação, nunca as utilizei para o convencimento, seja em debates, seja em cena processual. **(Entrevista J01)**

Tomado o Congresso Nacional como a representação da sociedade brasileira, na simbologia mais expressiva da democracia representativa, é de reconhecer que os congressistas, indubitavelmente, atuaram em prol de legislação secundária e não estruturante para o sistema de saúde. Também é possível inferir a influência de grupos com objetivos sociais, políticos, filantrópicos e até religiosos, entretanto, caracterizá-los como capazes de determinar interesses econômicos ou não, ensejaria estudo específico.

Em vista da afirmativa anterior, a Teoria de Mudança que é umbilicalmente ligada às transformações sociais também tem sua aplicabilidade distanciada, quando aferido o conjunto normativo simbólico. Entretanto, no caso de aplicação individual de meios avaliativos fundamentados em Teoria de Mudança, a hipótese que se apresenta é que uma ou outra lei pode ter elevado os padrões de promoção à saúde. Para isso é preciso levar em conta a capacidade de a lei ser uma intervenção no campo da saúde e sua necessária avaliação.

A reflexão que se impõe é que, em sendo o Congresso Nacional a representação da sociedade brasileira, é de se crer que esta também tem atuado em prol do simbolismo deixando a distância os debates e as tomadas de decisão mais modernizadoras, estruturantes e em prol do desenvolvimento social, o que inclui o campo da saúde.

5.2.2 Subcategoria Participação Social

Aqueles que conhecem o SUS e sua legislação estruturante, ao verificar os gráficos em análise, de pronto identificam que a única lei mencionada é a Lei n. 8.142/1990. Entre os entrevistados, a análise correu por diferentes olhares.

O primeiro ponto considerado foi que a origem da legislação específica para a participação da comunidade (expressão constitucional) no SUS se deu a partir dos vetos do Presidente Fernando Collor de Melo (1990/1992) em conteúdos da Lei n. 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde.

Então minha ponderação é no sentido de que se não houvesse os vetos, talvez não houvesse lei específica para a participação social em saúde. **(Entrevista E01)**

É preciso começar lembrando que a lei n. 8.080/90 que tratou no projeto de lei, da participação da sociedade, regulamentando dispositivo constitucional, teve veto presidencial neste assunto, o que mostra um tipo de conduta, uma maneira de conduzir as coisas no país. [...] A transferência de recursos da União para Estados e Municípios tinha sido vetada sob a justificativa de ferir o interesse público e o outro veto era o da participação social. [...] Havia uma disposição no Congresso Nacional em mudar os vetos e o Alcenir (Guerra) fez um acordo com lideranças da saúde e do parlamento de que ele mandaria um projeto de lei para recuperar esses dois vetos, sem o desgaste de derrubar vetos da Presidência da República e com isso nasceu a lei n. 8.142/90. **(Entrevista A02)**

Até aí não há informação nova, uma vez que estudos, livros e artigos científicos já apresentaram inúmeras vezes a relação entre o veto presidencial e a legislação específica sobre a participação social no SUS (8) (10). Contudo, o que interessa é que entre a legislação analisada, ou seja, 31 anos de produção legislativa federal que impactou na política pública de saúde, não houve legislação alteradora para a participação da comunidade no SUS. Nesse sentido a análise resultou em considerar os elementos para tal ocorrência.

O primeiro deles refere à possibilidade de modernização da legislação de participação social no SUS. Mesmo tendo havido legislação que considerasse diferentes estratégias de participação, tais como as audiências e consultas públicas, *compliance*, *accountability*, participação direta de interessados, avaliação e transparência, a Lei n. 8.142/1990 não sofreu alteração. Dessa forma, os debates consideraram que nem o legislativo, nem o executivo, nem

os próprios conselheiros de saúde buscaram atuar no Congresso Nacional em prol de modernização.

No entanto, e por tratar-se de absoluto exercício de futurologia, não foi possível esclarecer se o legislativo assim o procederia concedendo à participação social estratégias e ampliação de forças ou se, tal qual na origem da lei, haveria barreiras para a concretização:

Sobre isso posso pensar: (i) ela significou uma perfeição; (ii) ou o SUS não teve criatividade para sugerir mudanças e aperfeiçoamento. [...] E as transições? A lei é perfeita e não precisa mudar ou é possível modernizar sem alterar a lei? Eu não me lembro de ninguém, nem legislativo, nem executivo federal, nem secretários, nem governo, de nenhuma iniciativa de alteração legislativa. **(Entrevista E01)**

[...] não faz parte da cultura legislativa brasileira fomentar a transparência e a informação. Além disso, a participação da comunidade, na visão do legislador, poderia dificultar a sua própria atuação, no âmbito do parlamento. **(Entrevista J03)**

[...] minha reação de espanto ocorre novamente, e desta vez em relação ao tema que é mais original e mais caracterizante do SUS [...] dá para sentir certa preocupação dos estratos altos de uma diminuição do poder das instituições em relação ao que realmente poderia ser o controle social. [...] mesmo que não seja explícito, não seja claramente manifesto, mas dá para entender que há certa preocupação em manter o controle social dentro de uma caixinha, dando-lhe uma série de 'coisas' que são formais [...] os mecanismos de participação social são os mesmos de 1988 e hoje temos 'e-government' e diferentes técnicas de inclusão da comunidade em decisões. **(Entrevista A01)**

[...] Muitas vezes, o que eu vejo é que os conselhos são utilizados como fóruns de debate político ideológico, como trampolim político para algum conselheiro, ou questão de *status* para quem está lá e a função precípua, que é discutir o sistema de saúde, contribuir para que os serviços sejam aprimorados e o sistema se consolide, acaba ficando para segundo, terceiro ou quarto ponto. Por essa percepção trazida, e eu faço uma retrospectiva dos meus anos de parlamento, nunca se discutiu isso na comissão de seguridade e família, o que é lamentável. **(Entrevista L01)**

[...] O fato de a lei não ter sido alterada é significativo para debater democracia direta e representativa. Posso inferir que há uma resistência do legislativo e do executivo, ainda representados por elites oligárquicas, em ampliar a participação social, com a possibilidade inclusive de alterar pautas políticas. A democracia representativa no Brasil ainda é a tipologia mais forte e a participação social só é qualificada a partir de seu exercício e a impossibilidade de que isso seja efetivado, perpetuará a interpretação de que a população não está preparada para participar diretamente. **(Entrevista A03)**

Os conselhos de saúde existem muito antes da Lei n. 8142, que só existe por causa de vetos na lei n. 8.080. Essa lei deveria ter sido modernizada, já que meios de participação representativa e meios de

participação direta têm sido cada vez mais facilitados. O que se estranha é que mesmo tendo no Brasil, o controle social instalado em todos os municípios, estados e União, os conselheiros não tenham criado movimento para a modernização, ou seja, também há falhas do controle social. **(Entrevista E03)**

Ainda no debate sobre a lei de participação social no SUS, considerada a possibilidade de modernização legislativa, ampliação de estratégias e incremento da participação direta, os entrevistados foram perguntados acerca dos ‘Conselhos’ e das ‘Conferências de Saúde’.

Nesse sentido, observam-se dois caminhos distintos para as respostas. O primeiro diz respeito à necessária qualificação da legislação de forma a modernizá-la às possibilidades atuais:

[...] Esses mecanismos com os quais a participação se concretiza são tão obsoletos, defasados e ainda que não precisem ser substituídos, precisam ser integrados com outras tecnologias. E nisso a legislação tem que ajudar, porque para a utilização de tecnologia ‘on line’ precisa de apoio da lei. [...] **(Entrevista A01)**

O outro caminho reconhece que ‘Conselhos’ e ‘Conferências’ são estratégias históricas e socialmente compreendidas, portanto, suficientes à participação da comunidade em saúde, até porque outras estratégias de participação direta podem ser utilizadas sem que para isso haja alteração legislativa:

Sim, essa legislação atende a realidade. A utilização de determinadas estratégias de participação direta ou representativa não precisam de alteração legislativa, na medida em que podem ser implementadas pelos espaços de participação, a partir de resoluções ou outros tipos de atos administrativos e é importante que seja assim. Os conselhos ao longo de sua existência sempre gozaram de muita liberdade para definir sua forma de funcionamento, suas atribuições, então creio que não foi necessário alterar a lei da participação. Não é necessário alterar a lei da participação para permitir a utilização de instrumentos já regulamentados e para atribuir responsabilidades aos conselhos. **(Entrevista L02)**

[...] A lei n. 8142 é muito utilizada, seja para a participação, seja para as regras de financiamento. Os conselhos e as conferências já são insuficientes [...] há um esvaziamento das discussões políticas nos conselhos. [...] Neste sentido, conselhos e conferências têm que continuar existindo, mas precisam ser reavaliados em termos de sua participação política e seu impacto. **(Entrevista A03)**

[...] Os dispositivos da lei que são cumpridos são os conselhos e as conferências e porque não são cumpridos os dispositivos de financiamento? [...] Então, digamos que a lei serve para justificar os conselhos e as conferências. **(Entrevista E01)**

fragmentação na luta de interesses simbolizada pelo jargão: 'farinha pouca, meu pirão primeiro!':

O que me parece é que a associação entre as datas comemorativas e a participação social pode revelar uma estratégia política dos parlamentares, na medida em que a data comemorativa silencia determinado segmento, sem concretizar-lhe efetivamente direitos. Há uma desvinculação do ponto de vista da concretização de direito social e uma vinculação enquanto estratégia política do legislativo. **(Entrevista A03)**

Ao relacionar a quantidade de leis com datas comemorativas é uma hipótese de que aqueles segmentos sociais 'homenageados' tenham influenciado o Congresso Nacional de forma isolada e não em prol da participação da comunidade. É possível que os movimentos tenham o espaço formal do controle social, ocupando cadeiras nos conselhos, para atingirem objetivos de interesse exclusivo. A participação social formal serviu de mola para que grupos de pressão social ou pacientes de determinadas doenças atuassem por interesses próprios junto ao Congresso Nacional, tanto que têm conseguido avançar no parlamento. **(Entrevista E03)**

No meu entender o fato da legislatura ter foco em aprovar datas comemorativas não representa um fator que impeça de se legislar sobre participação, mas o que faz parecer é que o legislativo captura a demanda, impede a participação, e em vez de fazer dela algo produtivo como regulação de direito, de acesso, que estruture o sistema, confere uma data comemorativa, é um prêmio de consolação, um paliativo para uma demanda não alcançada. Demonstra a baixa qualidade da transformação de demandas em políticas públicas. **(Entrevista J01)**

Acerca da atuação dos conselhos e das conferências de saúde, identificou-se um conflito entre a dificuldade das majorias desarticuladas à viabilização de suas demandas em saúde, enquanto grupos de minorias articuladas conseguem ocupar espaços institucionais e via de consequência legitimam seus pleitos (114), no executivo, legislativo e até mesmo do sistema de justiça:

Considerando que o objetivo é ter uma política mais participativa, a lei já não alcança. [...] Mas não me parece que os conselheiros de saúde representem as parcelas amplas da população [...]. **(Entrevista J01)**

O relatório da VIII CNS pretendeu mobilização social qualificada e contínua em prol da saúde individual e coletiva, em todos os níveis de atenção e para todos os habitantes do território nacional, dos serviços de saúde públicos e essenciais e tais interesses foram abarcados pela CF/88:

É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos,

para que se inscrevam na futura Constituição: (i) caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; (ii) a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional; **(iii) a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais. (Relatório da VIII CNS)** (grifos não são do original)

Interessa chamar a atenção para o termo ‘essenciais’ utilizado para caracterizar os serviços de saúde, e para a expressão ‘relevância pública’ utilizada pelo art. 197 da CF/88. Sobre tal associação, ainda que o Relatório da VIII CNS não lhe tenha servido de fundamento, cumpre ler a lição do Ministro Eros Grau do Supremo Tribunal Federal (STF), para concordar com ele (115, pág. 9):

Esta é a derradeira (4ª) conclusão: a definição constitucional dos serviços de saúde como serviços de relevância pública – isto é, de a eles atribuir-se esse predicado axiológico (conceito) – apenas os inclui entre aqueles considerados pelo preceito inserido no artigo 129, II da Constituição, nada mais. [...] Finalmente, proponho ainda seja confrontado o conceito de serviço de relevância pública com o de serviços ou atividades essenciais, a que refere o § 1º do artigo 9º da Constituição.

Ao tomar como verdade que a bandeira do SUS não deve ser exclusivamente de sanitaristas ou entendidos, e sim, compreendida como bandeira social, em prol da cidadania, o que cabe aos Conselhos de Saúde na sua rotina são os debates mais plurais, as formulações mais densas, a luta pela garantia da efetivação de direitos e, em especial, as proposições avaliativas e não meramente fiscalizatórias.

Esse é o caminho demonstrado pela Teoria de Mudança, que valoriza sobremaneira os ‘pontos de vistas locais’, que contribuem para a adesão, para a capacidade de encontrar soluções e conquistar resultados, bem como para a formação de liderança (74, 64).

Por conseguinte, sabendo que abordagens genuinamente participativas são propulsoras de programações realistas e associáveis à Teoria de Mudança, cada vez mais cabe aos conselhos e às conferências serem instrumentos catalizadores da defesa integral do SUS, capazes de críticas adequadas e formulações sustentáveis, com a imparcialidade necessária para o avanço de um sistema universal de saúde:

A saúde é a política que mais resiste: (i) primeiro porque cobriu um vácuo sem tamanho de necessidades das pessoas, porque as

peças se apropriaram deste direito; (ii) tem a maior militância de todas as políticas sociais. Eu tenho muitas críticas aos conselhos e aos conselheiros, em especial aos que não querem deixar o lugar, mas por outro lado, é a resistência para que não alterem a política de saúde reduzindo direitos. **(Entrevista A02)**

5.2.3 Subcategoria Condicionantes e Determinantes

As relações entre saúde e condições de vida, bem como as questões relativas à determinação social das doenças foram consideradas na VIII CNS e em seu relatório final (3):

Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: (i) trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente do trabalho; (ii) alimentação para todos, segundo as suas necessidades; (iii) moradia higiênica e digna; (iv) educação e informação plena; (v) qualidade adequada do meio-ambiente; (vi) transporte seguro e acessível; (vii) repouso, lazer e segurança; (viii) participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; (ix) direito à liberdade, à livre organização e expressão; (x) acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis. **(Relatório da VIII CNS).**

Observada a produção legislativa, mais de 4 mil dispositivos distribuídos em 47 leis apresentaram o conteúdo referente aos direitos sociais que impactaram no campo da saúde²².

A política pública de saúde, tanto em previsão legal, quanto em implementação, é considerada, pelos entrevistados, precursora quando comparada àquelas com alto fator de impacto para as melhorias das condições sanitárias.

²² Cite-se exemplificativamente: (i) Lei n. 8.629, de 25.02.1993 que dispõe sobre a regulamentação dos dispositivos constitucionais relativos à reforma agrária, previstos no Capítulo III, Título VII, da Constituição Federal; (ii) Lei n. 8.944, de 25 de Novembro de 1994 que autoriza a Companhia Nacional de Abastecimento - CONAB a doar às populações carentes quatrocentas mil toneladas de alimentos, de acordo com o Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos – PRODEA; (iii) Lei n. 10.458, DE 14.05.2002 que institui o Programa Bolsa-Renda para atendimento a agricultores familiares atingidos pelos efeitos da estiagem em municípios em estado de calamidade ou situação de emergência; (iv) Lei Nº 10.689, DE 13.06.2013 que Cria o Programa Nacional de Acesso à Alimentação – PNAA; (v) Lei n. 11.346, DE 15.09.2006 que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências; (vi) Lei n, 13.153, de 30.07.2015 que institui a Política Nacional de Combate à Desertificação e Mitigação dos Efeitos da Seca e seus instrumentos; prevê a criação da Comissão Nacional de Combate à Desertificação – entre outras.

O envolvimento da população, considerados o MRSB e a própria VIII CNS, corrobora o fundamento da Teoria de Mudança que confere importância ao envolvimento dos cidadãos na transformação social:

Quando a VIII CNS aconteceu, muitos secretários de saúde acumulavam a função de superintendentes do INAMPS e já compareciam com acúmulo para os debates. Não acho que isso se dava gratuitamente, menos ainda como oferta do governo, todos seguiam a pressão social. Naquele momento de mobilização, de organização da sociedade civil para exigir alteração do modelo, ocorreu a VIII, portanto, em termos de ideário, o relatório já estava pronto, já havia consistência e acúmulo sobre os temas. [...] no início da década de 1970 já eram discutidos, ou seja, 15 anos antes da VIII: regionalização, acesso, integralidade já eram temas discutidos. O setor saúde, em meu entendimento já estava preparado, com acúmulo de debates, o que fez a saúde sair na frente. Essa arrancada criou expectativas para outros segmentos da vida nacional. **(Entrevista E01)**

O relatório final da VIII CNS, documento oficial do governo de transição entre a ditadura militar e a redemocratização, identificou a necessidade de avanços democratizantes e desenvolvimentistas para a sociedade brasileira. Identificou as relações da política de saúde com outras políticas públicas, a exemplo da moradia, do transporte, da alimentação entre outras. Entretanto, diferentemente dos pleitos expressos naquele documento, a maturidade do segmento saúde veio expressa na CF/88 classificando o direito à saúde como humano, fundamental e social:

[...] a saúde já transcendeu os direitos sociais na medida em que é direito humano, sem dúvida a saúde é, ainda na perspectiva do art.6º, aquele que o executivo, o legislativo, o judiciário – pelo CNJ – é o direito que mais preocupou, mais buscou caminhos, mais se legislou e conseqüentemente é o que tem causado mais polêmica. Seguramente é o direito social que mais avançou no Brasil, foi o mais trabalhado nos 30 anos de CF. **(Entrevista J02)**

A pretensão do relatório da VIII CNS de que saúde fosse vista em seu aspecto ampliado foi garantida no teor constitucional. Entretanto, a política pública de saúde, por vezes, assume para si as vicissitudes do vagar das demais políticas públicas, seja pela imposição dos agravos, seja pelas transições etária, epidemiológica, nutricional e tecnológica, entre outros fatores (3):

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo,

o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. **(Relatório da VIII CNS)**

As razões que justificam o avanço da política de saúde na legislação, na implantação no SUS e no alcance de resultados, compõem, segundo os entrevistados, o seguinte rol:

a) o *in put* constitucional:

O SUS é a política que mais avançou. Quando se lê a Constituição, na Ordem Social, onde está a seguridade, há a dominância dos princípios da solidariedade, inclusive de fontes, de repartição de recursos, do que é observável no art. 194 da CF para a saúde. Portanto, é fantástico uma CF que tem a 'ordem social', inclusive com ciência e tecnologia nele alocada – e não na ordem econômica, revelando uma especial ligação com o desenvolvimento social e não simplesmente com a economia. **(Entrevista A02)**

A meu ver, o SUS é a política mais bem acabada. É o estado da arte da política pública no Brasil. A solução que o SUS traz de prever um direito, criar uma instituição para ele articulando um sistema que envolve todos os entes da federação, foi copiado depois por outras políticas [...]. É a política pública mais importante, sim, mas ainda há o desafio de equidade e de financiamento. **(Entrevista J01)**

b) a saúde inovou pela articulação sistêmica dos entes federados:

O SUS é uma política que avançou também no aspecto de ter fontes mais estáveis de financiamento. O interesse e o desejo de outras políticas públicas de fazer parcerias com a saúde, em temas relacionados, reflete a estabilidade da política de saúde. Isso acontece com os esportes, no que diz respeito à promoção à saúde, isso acontece também com o trânsito, com a moradia, com o saneamento. **(Entrevista L02)**

c) propiciou melhoria dos indicadores sanitários:

Eu não tenho dúvidas que o SUS ainda é a política social brasileira mais inclusiva. A minha certeza vem do fato que no seu nascimento, o SUS incluiu cerca de 60 milhões de pessoas que estavam na caridade sanitária – a indigência. [...] Os indicadores de aumento da expectativa de vida, observado o período 1988/2018, os programas reconhecidos mundialmente como muito exitosos, a expansão de cobertura da estratégia saúde da família, a quantidade de internações demonstram a eficiência do sistema [...] é a política mais inclusiva. **(Entrevista E03)**

[...] o SUS em algumas atividades específicas como o 'saúde da família' é considerado hoje amenizador de desigualdade. [...] Tanto assim que o que dá a ideia do que é o SUS é que os estratos mais pobres da população tiveram mais avanços nas condições de saúde, do que os estratos mais altos. Então realmente ele foi progressivo [...]. **(Entrevista A01)**

d) houve envolvimento político e social da população com a pauta da saúde:

Na saúde, a explicação do avanço pode estar no envolvimento político e social, em que pese haver um atual esvaziamento político, mas historicamente o movimento da reforma sanitária foi muito atuante e envolveu diferentes profissionais. Neste sentido, ainda que sejam espaços subutilizados, os conselhos e conferências estão institucionalizados. **(Entrevista A03)**

O rol dos elementos que impulsionaram o avanço do SUS incluiu o fenômeno da judicialização da saúde, que, segundo entrevistados, em alguma medida, pode significar a assunção do direito à saúde pelas diferentes camadas sociais que acessam o poder judiciário com pleitos por ações e serviços ²³.

Sem qualquer juízo de valor sobre a legalidade ou pertinência das demandas ajuizadas, a manifestação dos entrevistados foi no sentido de que a necessidade impulsionou o avanço da política pública de saúde, inclusive por meio do judiciário, que por sua vez, foi levado a conhecer o sistema público de saúde:

[...] Avançou porque a procura pelo SUS é muito grande. A procura pelo SUS aumentou significativamente a cada década, em razão das necessidades da população. **(Entrevista J03)**

[...] Não é garantido que lhe seja dada toda prestação de saúde pretendida, mas todas as pretensões são levadas ao judiciário. **(Entrevista J02)**

[...] há representantes do judiciário que pensam de forma diferente e que conhecem a necessidade das redes de atenção à saúde, da inclusão na política pública. **(Entrevista E01)**

Sob o ponto de vista das outras políticas públicas, cuja atuação reverte-se em condicionamento e determinação social para a política de saúde, as manifestações reverberaram a necessidade de avaliação de impacto social, entretanto, manteve-se a crença de que qualquer outra política teve atuação de inclusão e transformação social menor quando comparada ao SUS.

Importa verificar que algumas políticas sociais foram mencionadas pelos entrevistados: assistência social, educação, moradia, trabalho, transporte, água e saneamento, alimentação, segurança e previdência. Todas elas guardam compatibilidade com o que foi apresentado no relatório final da VIII CNS:

²³ Sobre o tema foi publicado, em parceria com Vilela LM e Moliterno MP, capítulo de livro, sob o título “Judicialização da Saúde: um fenômeno a ser compreendido” acessível em: <https://goo.gl/fcsA8H>

a) Assistência social:

[...], o que é diferente de outras áreas a exemplo da **assistência social** que foi discutir só recentemente modelo similar ao SUS. **(Entrevista A03)**

Isto porque para a saúde, se qualquer outra política falha, a saúde paga o preço, se um paciente tem alta, mas a família não quer cuidar onera-se o SUS e não a **assistência social**, quando na verdade o que ocorre é a perda do vínculo familiar e não a necessidade de tratar alguma doença. **(Entrevista J01)**

b) Educação:

A **educação** avançou um pouco no que se refere ao ensino superior, nos governos Lula e Dilma, em relação à política de cotas, Reuni e outras. **(Entrevista A03)**

c) Moradia:

A outra política é a de **moradia**: 'Minha Casa, Minha Vida' alterou positivamente a vida das pessoas e essas políticas deveriam ser suficientemente analisadas para que continuassem a diminuir desigualdades sociais. **(Entrevista E03)**

A **moradia** é a que menos avança, talvez porque atue no direito sagrado de propriedade assim definido desde 1789, direitos burgueses, inclusive inalienáveis. Este princípio tem vigência prejudicial para as comunidades quilombolas e indígenas que reivindicam territórios. **(Entrevista A03)**

d) Trabalho:

O mesmo acontece com a fiscalização **do trabalho**, a saúde paga o preço dos acidentes. **(Entrevista J01)**

e) Meio ambiente:

[...] a oferta de **água tratada** nos estados do norte e do nordeste, com a construção de mais de 1,5 milhão de cisternas. Uma cisterna de 16 mil litros consegue fazer com que família de quatro pessoas tenha água tratada por um ano, que acarreta considerável diminuição da diarreia, das doenças de pele, entre outras tantas. **(Entrevista E03)**

f) Alimentação:

[...] o **Bolsa Família** que com 0,5% do PIB produziu impacto positivo na vida das pessoas, um exemplo é que houve seca por cinco anos consecutivos no Nordeste (2013/2017), sem que houvesse nenhuma invasão de cidades, de áreas urbanas, com as conhecidas migrações populacionais. **(Entrevista E03)**

[...] programa que teve o mesmo impacto social, foi o **bolsa-família**. Tanto é que quanto você analisa as simulações dos impactos da EC 95, elas mostram um desmonte e os dois programas que se usam para essas simulações são 'Saúde da Família' e o 'Bolsa Família' que são os únicos dois programas que têm evidências concretas de poder melhorar as condições sociais da população beneficiária. **(Entrevista A01)**

Há um aumento nos gráficos porque nos governos Lula e Dilma muitos desses condicionantes e determinantes tiveram políticas do governo, como a alimentação: **Fome Zero e Bolsa Família**, além da política habitacional e da educação. **(Entrevista L02)**

Os programas **Água para Todos, Minha Casa/Minha Vida e Bolsa Família** são exemplos de políticas impactantes como determinantes sociais e o Brasil ainda precisa analisar e escrever mais e melhor sobre isso. **(Entrevista E03)**

g) Previdência Social:

A assistência social vive ‘capenga’, ‘com poucos recursos’, ‘muitos vieses’; a **previdência social** já sofreu seis reformas desde a CF e já se aproxima mais uma. **(Entrevista A02)**

h) Transporte e Segurança Pública:

Há umas políticas que são muito sensíveis às outras, como saúde e transporte. [...] Sobre **tráfego e transporte**, há epidemia de acidentes de moto, e também na **segurança pública**, com a violência. [...] Entretanto, a política do **transporte** é meio para que as outras funcionem. Sem o transporte não se acessa a educação, não se acessa a saúde e por isso há programas específicos para os pacientes renais crônicos, ou para conferir acesso dos idosos, com o programa de passe livre. Estas duas políticas têm características próprias, o transporte viabiliza acesso a todas as outras e a saúde é que paga o preço pela ineficiência ou inexistência de todas as outras. É um desafio enorme. **(Entrevista J01)**

A observação dos gráficos acerca da legislação elencada na categoria ‘Saúde como Direito’ indica crescimento do tema ‘Determinantes e Condicionantes’ no segundo governo Fernando Henrique Cardoso (1999/2002) e no primeiro governo Lula (2003/2006) de forma mais notável, indo ao encontro das diferentes nuances mencionadas pelos entrevistados acerca da inter-relação entre a política pública de saúde e outros programas e/ou políticas públicas:

Quando considero expandir a análise, de saúde para as determinantes sociais, posso considerar que a partir dos governos Lula, houve políticas determinantes para a melhoria dos indicadores, inclusive de saúde, do povo brasileiro. **(Entrevista E03)**

As relações apresentadas em *cluster* que associam palavras da legislação alocada na subcategoria Determinantes e Condicionantes e o Relatório da VIII CNS demonstra a inteireza dos debates apresentados, conforme se afere:

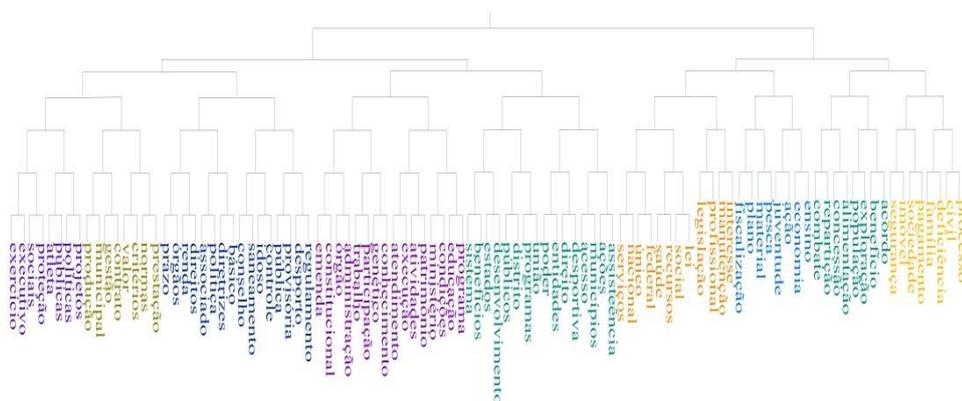


Figura 12 - Associação de Palavras: Relatório final da VIII CNS e subcategoria Condicionantes e Determinantes, Brasil, 1986-2016

Fonte: elaboração da autora, a partir de dados inseridos no NVIVO¹².

O avanço de determinada política social deveria servir de inspiração para os poderes constituídos, seja para o incremento daquela que tenha revelado resultados positivos, seja para a implantação de outras políticas. Contudo, não se verifica que a legislação tenha se preocupado com tais aferições, portanto, com atuação contrária aos pressupostos da Teoria de Mudança.

Sabendo que a Teoria de Mudança atua em prol do desenvolvimento social, deve ser capaz de conferir tangibilidade às etapas que funcionam de forma intermediária para o alcance de resultado de longo prazo ou mesmo um resultado complexo. Nesse sentido, as políticas ou programas públicos que dizem respeito às condicionantes e determinantes sociais devem ser considerados na descrição e no alcance de metas para a própria política de saúde.

O avanço do SUS não pode significar esvaziamento de outras políticas, menos ainda esvaziamento sobre os debates acerca da relação entre elas. A ausência ou insuficiência do avanço de outras políticas públicas como moradia, educação, saneamento, transporte e trabalho produz impacto indesejável no SUS, inclusive oneroso e ainda assim, não se percebem, atualmente, movimentos que pautem determinantes e condicionantes sociais com a força que pretendeu o relatório final da VIII CNS.

5.2.4 Subcategoria Competências dos Entes

Até a metade dos anos 1970, o Brasil executava o chamado '*sanitarismo campanhista*', para o combate em massa de doenças, com estilo intervencionista militar, centralismo decisório e estruturas *ad hoc*. Com a expansão do processo de industrialização e conseqüente redução da economia agroexportadora, passou-se a observar o crescimento da atenção médica da Previdência Social ligada ao mercado formal de trabalho e respectivas caixas e institutos para aposentadorias e pensões (6,7).

Esse modelo não impediu que elevado percentual da população estivesse completamente desvinculado do mercado formal de trabalho e, conseqüentemente, excluído do sistema de saúde, o que exigiu que o Estado atuasse para minorar as conseqüências do perfil discriminatório estabelecido. Tinha por características: (i) a prevalência da medicina curativa, individual, fragmentada e onerosa em prejuízo da saúde pública; (ii) a intervenção estatal para favorecer um complexo médico-industrial que não atuava em prol do coletivo; (iii) priorização da lucratividade do setor saúde, a partir da produção privada de ações e serviços (6,7).

O debate contrário a esse modelo deu origem ao MRSB, com um período de experiências em municípios e universidades em prol da integralidade dos níveis de atenção e da universalidade. Recorre-se à Lei n. 6.229 de 17 de julho de 1975 (fora do escopo estudado), que expressou a tentativa de racionalização do setor saúde pelo governo, ao propor a criação do Sistema Nacional de Saúde, com a implantação dos Programas de Extensão de Cobertura (PEC), para demonstrar sua característica intervencionista no campo da saúde. Para contrapor-se ao modelo vigente, vieram o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (6,7), conforme esclarece entrevista:

O SUS é uma política social que avançou muito. [...] Nos grandes debates e movimentos que aconteceram na saúde até a CF, vê-se que o governo federal, por causa do momento político e das relações institucionais já dava pequenos passos em relação ao modelo vigente naquela época, para modelos mais abrangentes [...]. E aí o debate passa para outro patamar, já é a integração dos serviços assistenciais com aqueles da atenção coletiva, e aí temos as 'AIS', o SUDS e tudo isso estava sendo construído. A 'POI' (programação

orçamentária integrada) já foi um esforço entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e governos estaduais para a integração. **(Entrevista E01)**²⁴

Não obstante o reconhecimento dos esforços em prol da universalização, tempo anterior à CF/88, a organização do sistema público de saúde brasileiro era bem diferente do atual, cuja reformulação promoveu alteração na assistência à saúde e na assunção do direito, apartando-o da Previdência Social, conforme pretendeu a VIII CNS:

A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária. **(Relatório da VIII CNS)**

A descrição do modelo que antecedeu o SUS é necessária para melhor compreender sua instauração, tanto conceitual quanto organizacional, que acabou por ser institucionalizada na nova ordem jurídica, dando às iniciativas existentes o caráter provisório pleiteado na VIII CNS (03):

As Ações Integradas de Saúde deverão ser reformuladas de imediato possibilitando o amplo e eficaz controle da sociedade organizada em suas atuais instâncias de coordenação (CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS). Em nenhum momento a existência das AIS deverá ser utilizado como justificativa para protelar a implantação do SUS.

Para estabelecer novos parâmetros, fez-se necessário entender como o campo sanitário funcionava, como se posicionava historicamente, os conceitos e categorias que se reputavam relevantes. O conjunto normativo que compõe a subcategoria 'competências dos entes' diz respeito, em especial, à designação

²⁴ “As propostas de descentralização do gerenciamento e unificação do sistema de saúde, motivaram Ações Integradas de Saúde (AIS) sob a gestão do ministro Waldyr Arcoverde, ainda no governo militar, se consolidaram conceitualmente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e depois, legalmente, na Constituição de 1988. Entretanto, foram os documentos presidenciais, no período José Sarney (1987) que permitiram aos Estados a implantação dos Sistemas Locais de Saúde e o comando único a cada nível de governo. Entretanto, foram os documentos presidenciais, no período José Sarney (1987) que permitiram aos Estados a implantação dos Sistemas Locais de Saúde e o comando único a cada nível de governo. O governo Sarney abdicou da gestão centralizada de recursos (própria para uso político-eleitoral e de programas pontuais centralizados e inúteis) ou, no mínimo, de uma visão arcaica e eleitoreira e apostou nos princípios do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), hoje Sistema Único de Saúde (SUS). Foi uma atitude despojada. O presidente, convencido da relevância do projeto, criou o SUDS por decreto (nº. 94.657, de 20 de julho de 1987), o que permitiu aos Estados implantá-lo por meio de convênio com o Governo Federal”.¹³³

de atribuições aos entes federados, às comissões intergestores e aos conselhos representativos dos entes²⁵.

Está inserido na compreensão sobre as competências dos entes no SUS, o princípio da descentralização, a partir do qual houve a reconfiguração da atuação federativa na saúde (3):

As atribuições básicas de cada nível do Governo devem ter por fundamento o caráter federativo da nossa República, de tal modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios. O Sistema Único de Saúde deve reforçar, neste sentido, o poder político, administrativo e financeiro dos Estados e Municípios. **(Relatório da VIII CNS)**

Nesse íterim, cabe destacar que tanto a lei máxima, quanto a legislação ordinária acolheram os princípios indicados pela VIII CNS (3):

O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

- I- referente à organização dos serviços:
 - a) descentralização na gestão dos serviços;
 - b) integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
 - c) unidade na condução de políticas setoriais;
 - d) regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
 - e) participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
 - f) fortalecimento do papel do Município;
 - g) introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida. **(Relatório da VIII CNS)**

Os movimentos redemocratizantes dos anos 1980 e os programas econômicos acabaram por conferir mais autonomia aos municípios e mais controles ao ente federal, o que exigiu legislação com novas regras administrativas e financeiras:

²⁵ Cite-se exemplificativamente: (i) Lei n. 8.080, DE 19.09.1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; (ii) Lei n. 8.853, de 4 de Fevereiro de 1994 que atribui competência ao Ministério do Estado da Saúde para praticar atos *ad referendum* da Junta Deliberada do Fundo Nacional de Saúde; (iii) Lei n. 8.842, de 04.01.1994 que dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências; (iv) Lei n. 9.836, de 23.09.1999 para instituir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; (v) Lei n. 12.466, de 24.08.2011 para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.

A partir dessas características identifica-se o 'elo perdido' que foram os estados: enquanto o Ministério da Saúde passava a ser o grande financiador entregava a execução das ações e serviços aos municípios, o estado demorou a encontrar-se nesse processo, até que entendeu sua função de coordenar o território para o alcance de resultados efetivos. **(Entrevista E03)**

Cabe realçar a estrutura de governança, inovadora, que estabeleceu comissões intergestores nos níveis estadual e federal, cujo processo decisório priorizava a assunção de responsabilidades e o consenso (31), a partir de representatividade instituída:

O Conass está no sistema de saúde antes mesmo dele ser SUS, em 1982. Veio para congregar interesses comuns dos entes federados estaduais. As narrativas indicam que desde a sua criação, 1982, o Conass já atuava em prol de um sistema universal e isso foi ampliado, a partir, do Movimento da Reforma Sanitária do Brasil e nas discussões da Constituinte. **(Entrevista E03)**

O Conasems veio depois do SUS, em 1988. Houve a necessidade, imposta inclusive pela lei, do fortalecimento do municipalismo. O Conasems carrega marcas fortes do processo de libertação do Brasil da ditadura, onde estão claros dois movimentos: um primeiro que era a centralização de ações no Ministério da Saúde e que estava sendo rompido pelo segundo, a descentralização para os municípios. **(Entrevista E03)**

A definição de competências no SUS veio mais bem especificada na lei ordinária. A interpretação sistemática e ou literal dos art. 15 ao 19 da Lei n. 8.080/90 presta-se às noções gerais sobre a responsabilidades dos entes, indicando a União em um papel dirigente e definidor de políticas. Já ao Estado deu funções de coordenação, e ao município, este sim, um prestador das ações e serviços de saúde:

Quando o SUS foi criado não se tinha muita clareza de como ele seria operacionalizado. A Lei n. 8.080/90 definiu competências para os entes [...]. **(Entrevista A02)**

Segundo os entrevistados, o conteúdo legal não é suficientemente preciso e claro para dar conta de tal demanda, sem que sobre ele parem dúvidas e não haja comprometimento acerca do comando único em saúde para cada esfera de governo, conforme pretendido na VIII CNS (3):

No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim. Com esse objetivo o Poder Executivo deve encaminhar, a curto prazo, mensagem ao Congresso, garantindo-se, entretanto, que a reformulação proposta seja prévia e amplamente debatida por todos os setores da sociedade civil. A unicidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal. **(Relatório da VIII CNS)**

O debate sobre a definição clara e precisa das competências dos entes no SUS apresenta elementos importantes:

(i) imprecisão legislativa:

Poderia haver uma legislação mais clara sobre a atuação de cada ente. O Judiciário, por exemplo, não aplica a legislação existente, Lei n. 8.080, no que toca à repartição de competências. A principal causa disso é a falta de clareza, segundo a jurisprudência. **(Entrevista J03)**

A determinação de competências dos entes no SUS é assunto para lei. É necessária uma lei que indique com precisão a responsabilidade sanitária dos entes, dos fornecedores, dos prestadores e crie mecanismos de controle e, se for o caso, punição.[...] Há necessidade de definições claras das competências sanitária por meio de lei, até porque atualmente existe um limbo [...] **(Entrevista L02)**

É preciso entender e qualificar essas competências que atualmente não são claras, menos ainda para o poder judiciário, que atua na judicialização, que tem causado prejuízos enormes aos municípios. **(Entrevista E02)**

(ii) pacto federativo e a repartição tributária:

As competências dos entes no SUS devem ser alvo de legislação e é preciso reconstruir o pacto federativo, porque há grandes diferenças regionais e entre unidades federativas que se denominam Estados e que são menores que cidades, e cidades menores que bairros. **(Entrevista E02)**

A diminuição da legislação sobre competência dos entes nos últimos anos parece estar ligada ao fato de que o peso do financiamento passou para Estados e Municípios, revelando participação insuficiente da União, inclusive para o financiamento. O debate deveria ter voltado, mas não voltou, parecendo interdição para o discurso sobre o financiamento. Como o financiamento é de repartição federativa, ele deveria voltar ao debate, mas se teima em negligenciar o debate sobre pacto federativo e a correspondente tributação. **(Entrevista J01)**

(iii) atuação subsidiária das comissões intergestores:

Em minha opinião deve ser regulado por lei. A lei deve ser clara em relação a isso, as comissões bipartite e tripartite, podem eventualmente, aprimorar e elas têm função importante neste sentido. Mas tem que haver um norte, um marco e tem que ser feito por lei. **(Entrevista L01)**

Mas devido à judicialização da saúde, que consome esforços e financiamento de todos os entes, talvez seja mais adequada a definição em lei e também pela interpretação do STF. Os gestores não terão a isenção necessária, menos ainda legitimidade para normatizar este tema. **(Entrevista E03)**

A compreensão da subcategoria ‘competências dos entes’ também requer que sejam levados em conta a diversidade de características estruturais e sanitárias no território nacional e, conseqüentemente, os conceitos e a implementação da ‘regionalização em saúde’:

Quanto à competência dos entes, tem uma situação de fundo que é a municipalização, que está em discussão pelo número enorme de municípios no Brasil e por ter muitos municípios pequenos [...] tem que ser uma lei que defina competências e de quem são, deveria tirar dos municípios pequenos as competências e passar para uma região.
(Entrevista A01)

A descentralização e a regionalização em saúde convivem com o conceito de solidariedade entre entes, atual e fortemente debatido no fenômeno da judicialização da saúde. Nessa seara, levando em conta o fenômeno da judicialização, os entrevistados assim se posicionaram:

- a) pela manutenção da interpretação atual e jurisprudência majoritária em prol da solidariedade entre entes:

A Lei n. 8.080 já definiu competências nos art. 15 ao 18, competências comuns e de cada ente. Isso é suficiente, mas o que preocupa é que ao final o objetivo constitucional foi proteger o cidadão de um jogo de empurra, portanto, a responsabilidade solidária protege mais o cidadão e isso obriga os gestores a dialogarem na medida em que todos podem ser responsabilizados. A definição da competência e, conseqüentemente, a desobrigação dos entes da solidariedade, pode significar retrocessos – ainda mais neste momento do país. [...] Não acredito que o STF altere sua jurisprudência histórica em prol da solidariedade e não acredito em efeito modulatório que determine ressarcimento entre entes públicos.
(Entrevista A03)

- b) pela necessária alteração da jurisprudência:

A judicialização é somente parte da questão, e a judicialização se resolve com uma legislação mais forte, mais robusta, parece que os outros países resolveram por aí e trabalhar somente na competência dos entes, não vai resolver. **(Entrevista A01)**

O STF deveria mudar sua posição, deixando claro que cabe à União a alta complexidade – componentes especializados, bem como a discussão sobre tecnologias não incorporadas no SUS. **(Entrevista J03)**

[...] a concorrência das instâncias administrativas na oferta do bem da saúde faz com que o judiciário entenda pela solidariedade dos agentes públicos na obrigação de oferecer o direito à saúde [...]. O que eu tenho visto nestes anos é que a ideia da solidariedade valia no início da CF, em que se tinham dificuldades de acessar a União, eram poucas unidades de justiça federal, não havia defensoria

pública estruturada, mas o país mudou e o que inspirava a solidariedade, já não inspira mais. **(Entrevista J02)**

Sobre o tema da solidariedade entre entes no SUS, aos 23 de maio de 2019²⁶, o STF reiterou a jurisprudência vigente e fixou:

Tese 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde: “Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde e, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro”.

O STF reiterou a solidariedade enquanto princípio constitutivo do SUS, na medida em que sua existência se dá por esforços de financiamento e de gestão de todos os entes federados. No entanto, o STF inovou ao reconhecer que há competências distintas para os entes na operacionalidade do SUS e que, se por força de decisão judicial, for condenado ente não competente à prestação positiva de ação ou serviço de saúde, a este será devido ressarcimento pelo detentor da obrigação. Ao tempo em que declara a solidariedade, reconhece que há uma divisão de competências e que, se ferida pelo judiciário, deve ser alvo de recomposição de erário de um ente pelo outro.

As pretensões da VIII CNS acerca das competências dos entes vieram expressas no relatório final na descrição do eixo ‘Reformulação do Sistema de Saúde’, entretanto, diante da divisão didática do presente trabalho, sua lembrança cabe aqui (3):

No SUS, o nível federal terá como atribuições principais:

- a) formulação e condução da política nacional de saúde; regulamentação das normas de relacionamento entre o setor público e o privado; formulação de normas e o acompanhamento e avaliação das ações de cobertura assistencial; condução e execução de programas emergenciais que escapem às possibilidades de intervenção das Unidades Federativas; definição das políticas setoriais de tecnologia, saneamento, recursos humanos, insumos básicos, financiamento e informações; determinação de padrões de qualidade homogêneos para os setores público e privado;
- b) Permanecerão no âmbito da competência do novo órgão federal os serviços de referência nacional e os serviços e atividades considerados estratégicos para o desenvolvimento do sistema de saúde, tais como: órgãos de pesquisa, de produção de imunobiológicos, de medicamentos e de equipamentos. As linhas de

²⁶ STF. [internet] Acesso aos 23.07.2019. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=411981>

pesquisa desenvolvidas nas áreas de saúde devem ser amplamente discutidas entre as instituições de pesquisa de serviços e universidades visando a um direcionamento mais produtivo e relevante na resolução dos problemas de saúde do país;

c) Todos os serviços federais de caráter local que tenham relação direta com o atendimento à população, com exceção dos mencionados anteriormente, serão transferidos com os respectivos recursos humanos, materiais e programas a serem elaborados conjuntamente pelas instituições participantes e as representações da sociedade organizada e que considerem a viabilidade política e a factibilidade técnico-financeira da transferência.

No Nível Estadual, destacam-se as seguintes funções:

- a) gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde na Unidade Federativa (UF);
- b) responsabilidade pela elaboração do plano diretor da saúde da UF que deverá orientar a integração das atividades do subsistema estadual de saúde, incluindo as atividades do setor privado;
- c) prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica e outros de responsabilidade do sistema, em coordenação com os sistemas municipais;
- d) gerência do sistema estadual de informação de saúde;
- e) compatibilização das normas e diretrizes federais com o quadro jurídico-legal da UF e as peculiaridades dos sistemas de saúde estaduais e regionais;
- f) responsabilidade pelos serviços de abrangência estadual e regional, especialmente de caráter secundário e terciário, e por aqueles outros programas, projetos ou atividades que não possam, por seu custo, especialização ou grau de complexidade serem executados pelos Municípios.

O Nível Municipal terá seu papel definido de acordo com as características e peculiaridades de cada caso, exercendo esse papel em estreita coordenação com o nível estadual. Como diretriz básica, o Município terá a seu cargo, como responsabilidade mínima, a gestão dos serviços básicos de saúde.

Os municípios de grande porte terão a seu cargo a gestão integral do Sistema Municipal de Saúde. Naqueles Municípios em que não haja condições imediatas para assumir a gestão do sistema municipal esta será realizada conjuntamente pelo Município e Secretaria Estadual de Saúde da Unidade Federada.

A Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93) fez o percurso pretendido pela VIII CNS; e a busca por eventual precisão normativa deve apreciar seu conteúdo:

A grande verdade é que quem tocou no assunto foi a NOB 93, que reconheceu a existência de condições diferenciadas de gestão em que cada ente se auto declarava [...] e recebia financiamento compatível ao exercício das atribuições que havia assumido. Esse modelo também reconheceu a existência da interdependência entre entes e a impossibilidade de pré-fixar responsabilidades. A NOB reconheceu que cada um deveria dizer o que era possível praticar em termos de ações e serviços de saúde. O SUS não soube, a partir daí, aproveitar a percepção que a NOB teve e ter posto na lei esse tipo de condição [...]. **(Entrevista A02)**

Na Teoria de Mudança, a definição precisa e clara de competências está associada à definição de responsabilidades. O desenvolvimento de responsabilidades estratégicas, em geral abarcado pela lei, não pode ser confundido com uma responsabilização meramente contábil.

É preciso que perguntas como ‘o responsável promoveu a efetivação de direitos?’ sejam capazes de alavancar mais resultados que perguntas do tipo: ‘o responsável agiu conforme o contratado, o ajustado, o determinado pela lei?’ (98). Esse tipo de assunção de responsabilidades promove a identificação de metas mais precisas e, portanto, resultados aferíveis.

Enquanto esse tipo de base não for utilizado, a tendência é que as prestações de contas, mesmo que associem receitas e a respectiva demonstração de despesas sigam apresentando respostas fundamentadas em princípios e que não colaboram para a ampliação de alcances, estruturais, logísticos ou financeiros, exatamente por não suportar as pressões em prol de resultados aferíveis (86). É preciso que as avaliações suportem a efetividade e o valor social das políticas públicas e não se atenham exclusivamente a demonstrativos contábeis e cumprimento de condições normativas.

A Teoria de Mudança pressupõe alterações em prol do benefício da sociedade, o que exige tentativas eficazes, debates e críticas sobre as prioridades e o que deve ser levado adiante. Ao associar as reflexões apresentadas sobre a as competências do SUS, a necessária precisão legislativa sobre o assunto e os fundamentos da Teoria de Mudança, cabe a declaração:

E não pode ter medo de reformar [...] a palavra ‘reforma’ suscita certo susto, porque reformas podem virar retrocesso, mas nenhum sistema se inova [...] se não houver uma reforma. [...] Mudança radical dá medo, mas se você não faz, não alcançará uma agenda moderna [...]
(Entrevista A01)

5.2.5 Subcategoria Relações Público-Privadas

A implementação e a consolidação do SUS têm complexidades de diferentes ordens: o apoio estatal ao setor privado, a concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas, relações com fornecedores (em

sentido *lato*) com e sem finalidade lucrativa, gerenciamento por diferentes tipos de personalidades jurídicas, concorrências estabelecidas entre o público e o privado.

É preciso destacar que todas as relações entre o SUS e o setor privado correrão à conta do seu subfinanciamento reconhecido e crônico.

Antes mesmo de apresentar o conjunto legislativo inserido na subcategoria 'relações público-privadas'; é preciso ressaltar que qualquer análise impõe que sejam considerados os conceitos culturalmente impostos na relação público-privada, em especial, no que diz respeito às competências, à submissão à legislação e aos compromissos éticos:

A legislação contribui e muito para a inoperância da administração pública. [...] Há um preconceito muito grande na saúde sobre o público e o privado, o privado é profano e o público é sagrado. Está provado que não é nem um e nem outro e que há alternativas viáveis e seguras na relação público-privada. [...]. **(Entrevista E01)**

A complexidade esbarra também nas diferentes e difíceis interlocuções:

Há uma 'bipolaridade' e a barreira criada dificulta o diálogo nas relações público-privadas. Este tipo de coisa se resolve apenas com diálogo difícil, mas um interlocutor que na verdade não é um, são milhões, uma agência reguladora que não se entende por dentro, pouca legislação, com lacunas, vazios e 'aquela pouca não é clara'. Pode ser que as poucas leis sobre a relação público-privado revelem a falta de coragem de enfrentar o problema de frente [...]. **(Entrevista E01)**

O problema de fundo é que o público é um sistema e o privado não é um sistema, é um setor. Não há diálogo entre sistema e setor que é um conjunto de fragmentos [...] não há quem represente. [...] É uma relação distorcida, não é linear [...]. Há um primeiro problema, para ter um diálogo é preciso que haja um interlocutor claro, há de um lado, mas não há de outro. **(Entrevista A01)**

Nesse conjunto legislativo estão, desde a admissibilidade constitucional, até as leis que dizem respeito às relações de consumo e saúde complementar ²⁷.

Para possibilitar a comparação entre o conjunto normativo que compõe esta subcategoria e o relatório da VIII CNS, vale conhecer o diagnóstico acerca da organização do sistema de saúde vigente à época e suas origens (3):

As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural. A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada. A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e correção das distorções geradas pelo modelo econômico.

Na área de saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população. **(Relatório da VIII CNS)**

Em contraponto ao cenário descrito, tem-se que a implementação do SUS começou em 1990, quando foi aprovada Lei n. 8.080/90 (Lei orgânica da saúde) que especificou atribuições e a organização, em que pese reconhecer os esforços pré-constitucionais.

²⁷ Cite-se exemplificativamente: (i) Lei n. 8.078, DE 11.09.1990 que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências; (ii) Lei n. 9.656, de 03.06.1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde; (iii) Lei n. 10.185, de 12.02.2001 que dispõe sobre especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências; (iv) Lei n. 10.850, de 25.03.2004 que atribui competências à ANS e fixa diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei n. 9.656, de 03.06.1998; (v) Lei n. 12.741, de 08.12.2012 que dispõe sobre as medidas de esclarecimento ao consumidor, de que trata o § 5º do artigo 150 da Constituição Federal; altera o inciso III do art. 6º e o inciso IV do art. 106 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 - Código de Defesa do Consumidor – entre outras.

Os próximos passos foram a descentralização ampliada inclusive pela progressão do Programa Saúde da Família (PSF) (atual Estratégia Saúde da Família (ESF)). Desde a década de 1990, vários programas, projetos e políticas foram levados a efeito (31), como o programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, controle do tabagismo, a criação da Anvisa e ANS, especificações estruturais para a atenção à saúde indígena, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), entre outros.

No campo da saúde, pode-se dizer que o sistema brasileiro tem três componentes. O primeiro deles é o público, em que estão concentrados esforços de gestão e de financiamento públicos e é majoritário nas ações e serviços de saúde para a população brasileira. O segundo é o privado, composto por entidades com finalidade lucrativa ou não, e cujo financiamento se dá por diferentes formas, inclusive a partir da prestação de serviços para o setor público. O terceiro é a saúde suplementar, com planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais (31).

Há ainda, sob o ponto de vista do financiamento, o profissional autônomo, não vinculado a nenhuma entidade (com ou sem finalidade lucrativa) e que oferta ações de saúde mediante pronto pagamento, o que em jargão sanitário é conhecido como 'desembolso direto', entretanto, não é considerado 'componente' do sistema.

No Brasil, os componentes público e privado, ainda que diferentes, estão interconectados (116, pág. 32):

Contudo, o que se pode dizer e já foi exaustivamente publicado, é que a legislação brasileira fez permitir a atuação do público (SUS) e do privado (suplementar) e mais, a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado (regulação, fiscalização, vigilância).

A narrativa comparativa entre o que pretendeu o relatório final da VIII CNS e o cenário analisado encaminha-se para verificar que a lei permitiu, em primeiro lugar, a atuação concorrencial da oferta privada ao SUS. Posteriormente, passou a permitir modelos de gerenciamento privados, afastando o sistema público da atuação direta e colocando-o, em alguma

medida, como regulador. Isso requer que sejam apresentados dois possíveis cenários futuros²⁸:

a) ‘americanização’, reconhecida como a manutenção do *status quo* que consolida a segmentação entre público e privado na saúde, de forma a tender para um ‘sistema para pobres’ e outro para a ‘saúde suplementar’ (110, pág. 113):

Veio um plano ‘beveridgeano’, que se está tentando implementar, mas a transformação primeiramente da oferta em privada e depois da gestão em privada, está a ponto de transformar o SUS num mero financiador de serviços. O governo americano [...] é um sistema financiador e o Brasil pode acabar migrando para este modelo, na medida em que o Estado financia e regula, mas não presta o serviço. Pouco a pouco já está se indo para esse modelo e já há sintomas observáveis, o que pode explicar o incremento de leis que tratam da relação público-privada. É um cenário. **(Entrevista J01)**

b) ‘competição gerenciada’: permite aos prestadores o desenvolvimento de estratégias concorrenciais, reguladas por agência, em franca expansão no cenário mundial (110, pág.113). No Brasil, a narrativa do setor privado diz respeito a uma interação entre público e privado, com justificativas aos benefícios da ordem do financiamento (isenções, renúncias, créditos), em que não se considera a agência reguladora como ‘obstáculo’, e, sim, como ‘parceira’ para os negócios (110):

O uso das agências tem um ponto positivo na sua autonomia, por serem autarquias em regime especial, tanto orçamentária, quanto de dirigentes, todavia isso também pode representar a dominância dos interesses do próprio setor regulado, então se de um lado o que oferece como vantagem, também pode ser a desvantagem. Mas independente do risco da captura, as agências são uma boa estratégia estatal de desconcentração e baixa dependência política. **(Entrevista A3)**

Tem coisas que a legislação dá conta, outras estão sendo aperfeiçoadas no tempo: como a regulação da saúde suplementar, em especial, a garantia de qualidade, a defesa do consumidor. **(Entrevista L02)**

As agências reguladoras da saúde são bem estruturadas, contudo o funcionamento é que não tem sido adequado: (i) as indicações não técnicas; e, (ii) atuação constante na criação de regras burocratizantes. **(Entrevista E02)**

Entretanto, a declaração que segue denota não haver um equilíbrio entre os interesses de um e outro segmento:

²⁸ Foi elaborado em parceria com Frutuoso, J. e Cupertino de Barros, FP. Capítulo de livro. O futuro dos sistemas universais de saúde: o debate promovido pela gestão estadual do SUS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>

O Brasil legislou muito e avançou pouco! No âmbito das operadoras foi criada a ANS que deveria atuar em defesa do consumidor e que atualmente vem estrangulando o mercado e que tem que lidar com regras que também não são claras [...]. Tem muita legislação que não alcança o que ocorre nos dias atuais. **(Entrevista E02)**

A análise dos entrevistados acerca do grupo de leis relacionadas com as relações público-privadas na saúde suplementar indica que a tipologia 'agência reguladora' é adequada, entretanto suscetível ao risco da captura:

Na ANS aconteceu a mesma coisa, a ocupação de cargos por indicação política desvirtuou a atribuição da agência de regular o mercado, fazendo com que o interesse esteja voltado para quem efetivou as indicações. **(Entrevista E03)**

[...] a forma com a qual as agências têm operado é que as tem levado ao descrédito, a captura. A lei poderia impedir com mais rigor a captura impedindo que pessoas que tenham interesses privados relacionados ao mercado a ser regulados atuem como diretores de agências. Não é possível deixar que o setor pratique autorregulação. **(Entrevista A03)**

A ideia da ANS foi excelente e em alguns momentos com interesse em solucionar problemas, hoje é um regulador no papel, na prática não atua. Esse tema de atenção primária eles têm incrementado por um incentivo, mas a atenção primária deles é outra coisa, não dialoga com a sociedade e de novo há alguns 'lobbys' que controlam a agência e em vez dela ajudar o desenvolvimento do SUS ou da relação público-privada, acaba atrapalhando. **(Entrevista A01)**

As relações público-privadas no SUS ensejam análises bastante complexas. O primeiro degrau deve ser, portanto, o que foi exposto por ocasião da VIII CNS (3):

Este quadro decorre basicamente do seguinte:

(i) não prioridade pelos governos anteriores do setor social, neste incluída a saúde, privilegiando outros setores, como, por exemplo, o da energia, que contribuiu para a atual dívida externa; (ii) vigência de uma política de saúde implícita que se efetiva ao sabor de interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde; (iii) debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde; (iv) modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor; (v) falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para o uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população; (vi) inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos éticos e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho; (vii) controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais; (viii) privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica, como também em programa de saneamento e habitação; (ix) interferência clientelística no que se refere à contratação de pessoal; (x) excessiva centralização das decisões e dos recursos em nível federal. **(Relatório da VIII CNS)**

Chama a atenção o fato que, mesmo que passadas três décadas, a arena de lutas entre os interesses do mercado e as políticas sociais, estabeleceu um cenário de contraposição constante entre políticas de austeridade e o *welfare state*, agregados elementos associados ao desempenho econômico dos países e do mundo. Debates sobre o futuro dos sistemas universais de saúde, em especial o SUS, resumem os achados nesta subcategoria (110, pág. 112):

Nesse sentido, os termos “financeirização”, “terceirização” e “privatização” das ações e dos serviços públicos de saúde foram utilizados para expressarem um movimento contrário à estabilização do SUS, representado seja pela crescente intermediação do segmento da saúde suplementar, seja pelo incremento das alternativas de gerência que mesclam público e privado (terceiro setor) – inclusive com permissões legislativas favoráveis ao mercado, em uma indicação de que o próprio Estado viabiliza meios para o enfraquecimento das políticas públicas prestacionais, entre elas, a de saúde – oferecendo permissões ao segundo e terceiro setor em detrimento da Administração Pública.

A VIII CNS não pretendeu a ‘americanização’ nem ‘competição gerenciada’. A pretensão referiu a proteção do sistema público universal em detrimento de qualquer outro interesse, o que corresponderia à consolidação de um sistema ‘beveridgeano’ (3):

O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo de saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público. **(Relatório VIII CNS)**

No entanto, segundo compreensão exarada em entrevista, o caminho do legislativo é dissidente em relação ao relatório final da VIII CNS:

A legislação tem avançado no sentido de proteger interesses privados e isso desde os primórdios, porque este foi o ponto de pauta que os universalistas perderam na Constituinte. A ideia da VIII CNS era exatamente ao contrário, era proteger os interesses do SUS minimizando a atuação do setor privado [...]. **(Entrevista A03)**

Vale chamar a atenção que com a VIII CNS, tanto as ações e serviços relacionados com a promoção e prevenção, juntamente com a atuação da

privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público.

As relações público-privadas entre o SUS e o setor privado envolvem uma série de outros elementos: fornecedores, prestadores, gerenciamento, patentes que serão abordados na subcategoria 'Estrutura Estatal' da categoria 'Reformulação do Sistema de Saúde'. Tal opção guarda compatibilidade com a divisão de conteúdo do relatório final da VIII CNS com as leis estudadas.

5.3 'REFORMULAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE': NA LEGISLAÇÃO FEDERAL E NO RELATÓRIO DA VIII CNS

Desde a década de 1930, o papel do Estado e de seus quadros burocráticos são alvo de alteração. O cenário político da época era chamado 'café com leite', dominado pelos estados de Minas Gerais e São Paulo, com eleições pelo voto 'de cabresto' e cujo resultado importava na manutenção de poucos no poder. Os burocratas eram escolhidos segundo critérios e interesses restritos, caracterizando pouca separação entre público e privado. Em sendo o Estado pouco importante para a população, tanto é limitado o conceito de nação, quanto a ideia do direito e do interesse coletivo, mantidas as características do regime patrimonialista. Com o advento de um novo tipo de Estado, a interlocução alcançou segmentos mais populares, buscou a promoção da democracia, acompanhada de mudanças estruturais (117, pág. 21), ainda que em apresentados contrapontos contra interesses hegemônicos (118, pág.80). O aparato burocrático passa a apresentar característica legalista e racionalizada, com a estruturação de carreiras técnicas e classificação de cargos para o serviço público.

Na alteração de uma economia agroexportadora para um modelo industrial, viu-se a ampliação da regulação econômica, do estabelecimento de regras de produção, conduzidas por um aparato técnico formulado por uma burocracia mais especializada.

O cenário da urbanização promovida pela configuração industrial alterou a formatação dos direitos e dos serviços sociais, assim como promoveu um aumento exponencial da produção em direito administrativo. Estão inseridos o sistema financeiro nacional e suas carreiras. Também está a expansão das

empresas públicas, reconhecidas como propícias ao desenvolvimento capitalista, detentoras de autonomia, com competências para lidar com capital estrangeiro, cujas características eram consideradas adequadas para o recebimento de vultosos recursos públicos (118, pág. 60). Tais mudanças buscam aproximar o Estado da *res publica* (coisa pública) e a relação com a população, antes feita pelo patrão, para ser feita pela administração “promovendo uma democracia das massas e um conjunto de profundas mudanças estruturais” (119, pág. 21).

Em sendo o Estado o organizador e o propulsor do desenvolvimento, em que pese nele estarem inseridas práticas patrimonialistas, foi formada uma burocracia profissionalizada, crescente dos anos 1950 aos anos 1980. No período autoritário houve crescimento significativo do setor público, seja nas tipologias da administração direta e indireta, desconcentrada e descentralizada, seja nas diferentes carreiras públicas.

A crise financeira internacional dos anos 1980 enfraqueceu o ‘desenvolvimentismo’, denotando a falência fiscal do Estado e a debandada do empresariado. A estrutura industrial estatal possuía porte logístico e diversificação, entretanto, estava desatrelada de sustentabilidade financeira e desprovida de avanço tecnológico.

A chamada transição democrática: (i) alterou a forma de regime político; (ii) refutou o rompimento, todavia admitiu o enfraquecimento do pacto entre Estado e capital; (iii) adotou pensamento burocrático no conceito de reorganização da estrutura estatal e dos seus respectivos segmentos. Tais características podem ser observadas nos governos Sarney (1985/1990), Collor (1990/1992) e Itamar (1992/1994) que promoveram alterações na formação do Estado, incluindo e/ou transformando carreiras, mas em suma, movimentando elites burocráticas na medida em que se efetivavam as determinações constitucionais de concurso público para o provimento de cargos, a descentralização político-administrativa para os entes subnacionais e o fortalecimento dos controles, via as cortes de contas e o ministério público.

No governo Fernando Henrique Cardoso (1995/2002), a reestruturação conduzida sob a orientação do ministro Bresser Pereira manteve a defesa da

coisa pública, com maior separação entre público e privado, entre Estado e mercado, para alcançar o modelo gerencial, com ênfase na adoção de controles *a posteriori*, no aumento da autonomia da administração e no cidadão tomado como 'cliente'. É importante o foco da gestão executiva federal no plano fiscal e no plano financeiro, que deram materialidade aos mecanismos de transferências obrigatórias aos estados e municípios (fundos de participação) e o desenvolvimento de controles gastos e endividamentos.

Nos governos Lula (2003/2010), as luzes foram direcionadas às políticas públicas de redução de desigualdades e inclusão social, cuja exequibilidade exigiu a formatação de estruturas associativas com o setor privado, em prol de parcerias e concessões. No segundo governo Lula (2007/2010) houve tentativa de estabelecer modelo mais geral para a administração pública, ao exemplo das fundações públicas de direito privado, cujo projeto não prosseguiu deixando aos estudiosos do assunto um paradoxo a ser analisado: enquanto os admiradores do direito administrativo reconheceram a sua insuficiência, os políticos e gestores públicos que sempre bradaram seu atraso não se articularam suficientemente para alterá-lo.

No governo Dilma (2011/2016), não houve alteração sistemática da agenda administrativa, figurando a continuidade de programas de reestruturação do aparelho de Estado, principalmente com a nomeação de servidores e criação de novas carreiras. Da mesma forma, no exíguo tempo de análise, comportou-se o governo Temer (2016).

Os parágrafos anteriores levam a concluir que o direito administrativo brasileiro foi concebido para 'outro mundo' e está cheio de 'remendos'. Metaforicamente seria dizer que foi determinado por quem tem 80, aplicado por quem tem 50 e totalmente insuficiente para quem tem 20 anos. A revolução atual é da comunicação e da tecnologia, alia algoritmos e ética filosófica, revela e se impõe por movimentos rápidos, e terá em poucos anos, países orientais como expoentes da inovação e da economia, o que joga ao chão os regramentos contratualistas vigentes no Brasil.

Retornando à análise, o histórico apresentado é o pano de fundo para a pretensão do relatório final da VIII CNS e, por conseguinte, da categoria

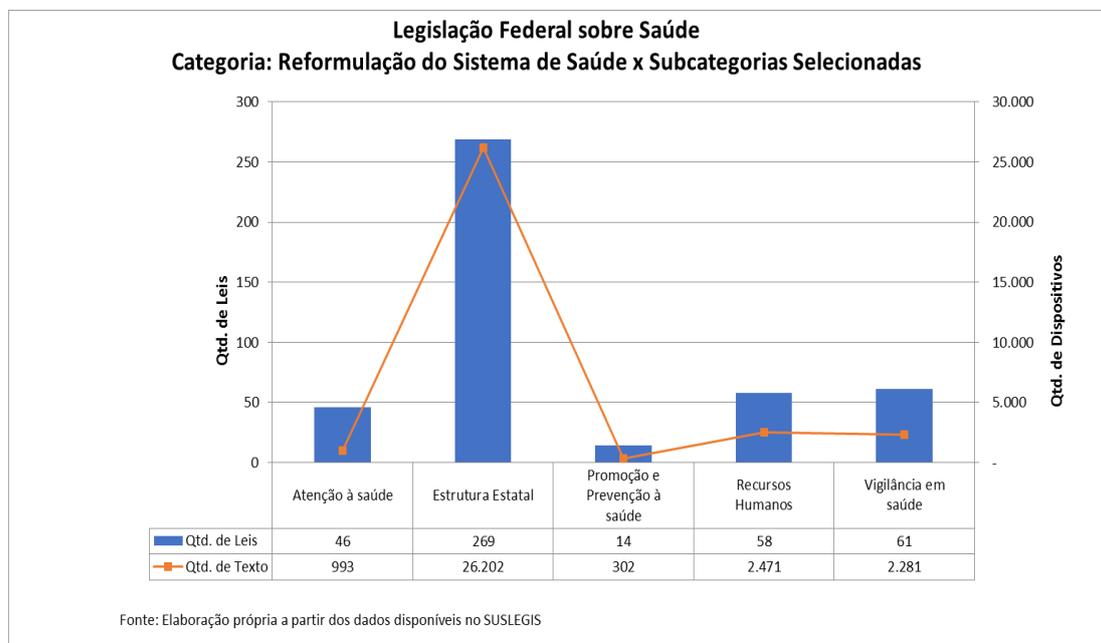
‘Reformulação do Sistema de Saúde’, cuja divisão em subcategorias foi: (i) estrutura estatal; (ii) recursos humanos; (iii) vigilância em saúde; (iv) prevenção e promoção à saúde; e, (v) atenção à saúde.

O relatório final da VIII CNS, em 1986, reconheceu que reformas administrativas e financeiras seriam insuficientes para a pretensão de um sistema público e como já se esclareceu, a CF/88 determinou a ampliação do conceito de saúde e a necessidade de organização de um sistema (3):

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor de saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionado a chamar Reforma Sanitária.
(Relatório da VIII CNS)

A categoria ‘Reformulação do Sistema de Saúde’ agrupou 448 leis que somaram mais de 32 mil dispositivos, conforme se demonstrou na tabela 3 (pág. 38). Carreia uma gama diferenciada de resultados, o que tanto dificulta a apresentação, quanto requer mais atenção na leitura.

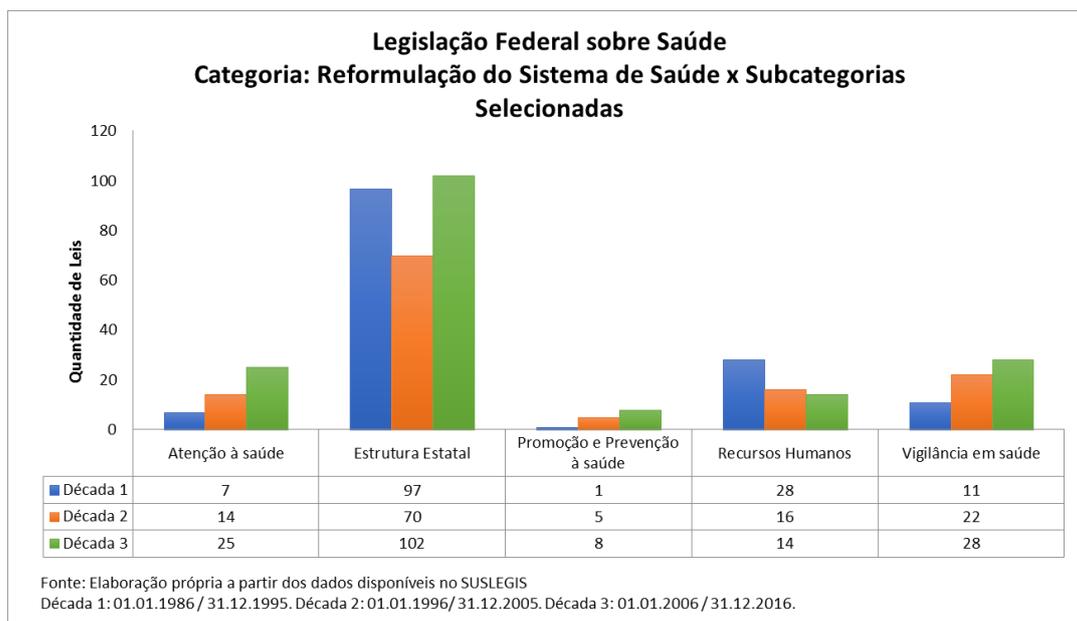
Gráfico 4 - Legislação Federal sobre Saúde - Categoria: Reformulação do Sistema de Saúde x Subcategorias Seleccionadas, Brasil, 1986-2016



Fonte: elaboração da autora, a partir de dados disponíveis no *software* de organização jurídica.

A produção legislativa na subcategoria ‘Estrutura Estatal’ é expressiva quando comparada às demais.

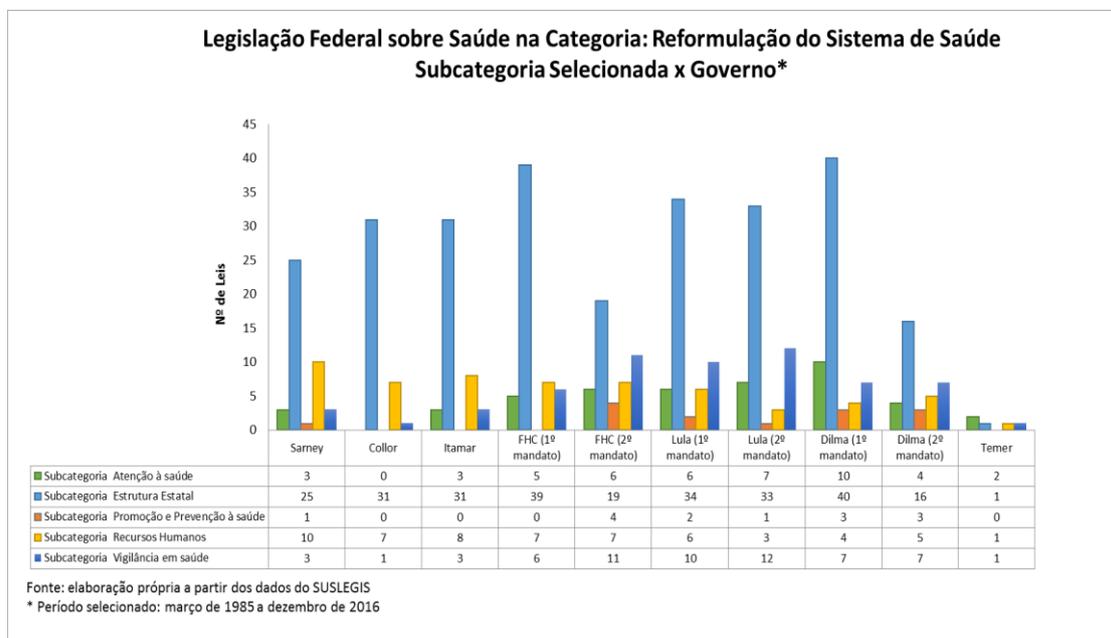
Gráfico 5 - Legislação Federal sobre Saúde: Categoria Reformulação do Sistema de Saúde x Subcategorias Seleccionadas x Décadas, Brasil, 1986-2016



Fonte: elaboração da autora, a partir de dados disponíveis no *software* de organização jurídica.

Década 1: 01.01.1986 / 31.12.1995. Década 2: 01.01.1996 / 31.12.2005 . Década 3: 01.01.2006 / 31.12.2016.

Gráfico 6 - Legislação Federal sobre Saúde: Categoria Reformulação do Sistema de Saúde x Subcategorias Seleccionadas x Governos, Brasil, 1986-2016



Fonte: elaboração da autora, a partir de dados disponíveis no *software* de organização jurídica.

5.3.1 Subcategoria Estrutura Estatal

A subcategoria 'Estrutura Estatal' é quantitativamente a mais expressiva em sua própria categoria. Tem mais de 26 mil dispositivos em 269 leis. Este conjunto legislativo diz respeito ²⁹ às criações, alterações e extinções de órgãos da administração direta e indireta; e, estabelece regras gerais para as relações entre o público e o privado.

Conforme demonstra a figura 14 refere cargos, funções, servidores, alterações relativas à composição dos ministérios, conforme indicam as palavras mais frequentes:

²⁹Cite-se, exemplificativamente: (i) Lei n. 7.624, de 5 de Novembro de 1987 que autoriza a instituição de fundações e dá outras providências (ii) Lei n. 7.732, de 14 de Fevereiro de 1989 que dispõe sobre a extinção de autarquias e fundações públicas federais e dá outras providências; (iii) Lei n. 8.405, de 9 de Janeiro de 1992 que autoriza o Poder Executivo a instituir como fundação pública a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e dá outras providências; (iv) Lei n. 8.666, de 21 de Junho de 1993 que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências; (v) Lei n. 9.637, de 15 de Maio de 1998 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências; (vi) Lei n. 9.279, de 14 de Maio de 1996 que regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial; (vii) Lei n. 11.543, de 13 de Novembro de 2007 que cria mil novecentos e cinquenta e um cargos da Carreira da Previdência, da Saúde e do Trabalho, para o Quadro do Ministério do Trabalho e Emprego e extingue dois mil, cento e noventa e um cargos vagos disponíveis no Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, e dá outras providências; (viii) Lei n. 13.243, de 11 de Janeiro de 2016 que dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação e altera a Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, a Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011, a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 8.010, de 29 de março de 1990, a Lei nº 8.032, de 12 de abril de 1990, e a Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, nos termos da Emenda Constitucional nº 85, de 26 de fevereiro de 2015; (ix) Lei n. 13.328, de 29 de Julho de 2016 que cria, transforma e extingue cargos e funções; reestrutura cargos e carreiras; altera a remuneração de servidores; altera a remuneração de militares de ex-Territórios Federais; altera disposições sobre gratificações de desempenho; dispõe sobre a incidência de contribuição previdenciária facultativa sobre parcelas remuneratórias; e modifica regras sobre requisição e cessão de servidores; e, (x) Lei n. 13.341, de 29 de Setembro de 2016 que altera as Leis n.s 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e 11.890, de 24 de dezembro de 2008, e revoga a Medida Provisória n. 717, de 16 de março de 2016.

a) a primazia do Poder Legislativo em alterar a estrutura do poder executivo, em face do sistema de freios e contrapesos, e consequente controle de um poder sobre outro:

Mas como o legislativo possui a primazia da alteração da estrutura governamental, a mobilização é constante e muito onerosa. Isso faz com que o Congresso Nacional esteja constantemente mobilizado para este segmento, atendendo categorias mais fortes e isso pode não refletir o interesse nacional em determinados momentos. **(Entrevista E01)**

b) possibilidade que a prática ocorra em outros segmentos e entes subnacionais:

É um cacoete da administração pública brasileira. Em que pese sua pesquisa focar em saúde, esta prática deve orientar a educação, a previdência social, economia, enfim, criam-se novas estruturas de poder ou altera-se e o destinatário final não sente diferença quando tais transformações de estrutura são levadas a cabo. **(Entrevista J02)**

c) presunção de consenso entre os poderes executivo e legislativo para a alteração da estrutura da máquina estatal:

É um tema que talvez seja o mais fácil de mudar. Uma modificação deste tipo, e isso não inclui extinguir o INAMPS, é mais fácil porque surge de demanda unilateral, há uma presunção de consenso, e noutros temas isso pode ser mais complicado. **(Entrevista A01)**

d) o Poder Executivo pode ser majoritário na oferta de pauta efetivamente legislada:

É uma aprovação mais fácil, quero crer que são proposições majoritariamente do executivo e este é um dado interessante para futura pesquisa. É o executivo dando pauta para o legislativo de acordo com suas conveniências. É certo que algumas mudanças são necessárias, mas por sua vez o legislativo não está defendendo o direito à saúde como deveria. **(Entrevista A03)**

As mudanças de estrutura que são realizadas a cada alteração de governo existem, mas talvez sejam de menor impacto. O que se observa é um processo de aperfeiçoamento. As próprias reformulações das estruturas dos ministérios, a exemplo da saúde, são amplas e capazes de promover mudanças sociais e não ocorrem por lei. **(Entrevista L02)**

e) as alterações de estrutura estatal podem gerar instabilidade e solução de continuidade às políticas públicas:

A estrutura da administração pública fica ao sabor do governante de ocasião. A burocracia administrativa não é estável fica ao critério do inquilino do poder, independente da ideologia de quem ocupa o governo [...] É um processo oneroso, que inviabiliza ter sequência e consequência das políticas públicas. **(Entrevista J02)**

Minha impressão é que a variação da estrutura estatal demonstra a instabilidade na sequência das políticas públicas. Cada governo que chega traz um modelo, faz uma lei, tenta alterar o sistema. **(Entrevista E03)**

As políticas centrais como assistência social e segurança pública sofreram certa paralisação quando de suas alterações [...]. Os governos são imediatistas [...]. **(Entrevista J01)**

f) a instabilidade da estrutura estatal faz com que governos percam tempo de gestão:

Essas alterações provocam demora, paralisação da burocracia e eventual economia, que tende a ser baixa, é facilmente consumida pelo tempo de paralisação e ajustamento da máquina pública. Perde-se o principal, o bem mais raro e caro da vida que é o tempo, um governo de quatro anos fica ainda menor cada vez que altera estruturas. Não é para sacralizar as estruturas, mas elas devem ser alteradas apenas quando necessário. **(Entrevista J01)**

Se perde tempo ao alterar estrutura, atribuições, criar e extinguir empresas públicas. **(Entrevista E03)**

g) utilização simbólica da estrutura estatal para a imposição de pautas:

[...] especialmente dos últimos governos, que são de centro, é para estimular determinadas pautas por meio da criação de estruturas próprias, como foi o caso das secretarias, que têm questões interessantes de especialização e de chamar a atenção para os temas. Outro movimento, aí menos interessante, que é de alteração frequente das estruturas e de quem as ocupa. **(Entrevista J01)**

h) a utilização da estrutura do Estado para criar marcas de governo:

Dá uma tristeza constatar que a estrutura é alterada ao sabor dos governos. Há pouca noção de política de Estado e a intenção é sempre deixar o nome, deixar uma marca específica, inclusive para autopromoção. **(Entrevista A03)**

Cada governante e cada ministro quer impor seu organograma de trabalho e suas prioridades. Infelizmente no Brasil, há um ministro a cada ano e isso, ao somar todos os governos, cresce a legislação sobre a estrutura de Estado. **(Entrevista E02)**

Alterada a gestão tudo começa novamente, cada um quer criar a sua marca. Essa 'tentação' é que tem levado às incontáveis soluções de continuidade e abandono de políticas e práticas exitosas. **(Entrevista E03)**

Observado, em especial, o gráfico 6 percebe-se relativa estabilidade na proposição legislativa quando comparados governos reeleitos para a Presidência da República.

Chama a atenção que no segundo governo Fernando Henrique Cardoso (1999/2002), há, quantitativamente, menos legislação sobre a estrutura estatal, quando comparado ao primeiro. Nos governos Lula (2003/2010), há estabilidade uma vez que a redução do *quantum* legislativo não merece destaque. Em ambos os casos, há que se admitir a possibilidade que alterações legislativas em prol da estrutura estatal tenham ocorrido antes do encerramento do primeiro mandato como movimento em prol da reeleição do partido governante.

O governo de reeleição Dilma Rousseff (2015/2016), é atípico quando comparado aos demais porque nele está o maior número de leis que alteram a estrutura estatal. Tal atipicidade pode indicar uma debilidade do poder executivo em face de um cenário político de ‘ruptura’ entre os poderes, que culminou em um processo de ‘impedimento’, ou ainda, a diferença pode estar no tempo analisado que é reduzido quando comparado ao tempo de governo dos reeleitos já mencionados. A comprovação das hipóteses mencionadas enseja análise mais detida e que não está no escopo desta tese.

Sobre o tema, os entrevistados entenderam que um ‘segundo mandato’ preserva, em certa medida, a estrutura anterior promovendo relativa estabilidade:

Nos casos das reeleições, quando os arranjos políticos são preservados no segundo mandato, um grande arco de apoiadores não se observa grandes alterações, ainda que exista algum ajuste de acomodação. **(Entrevista J02)**

O fato é que em governos de dois mandatos, a alteração é menor no segundo. Mas quando passa de um governo para o outro diferente a alteração salta aos olhos e é muito impressionante como os dados revelam isso. **(Entrevista A03)**

Indica claramente que o primeiro mandato exige uma articulação forte do governante para garantir sua reeleição. Assim, não é politicamente adequado reduzir a máquina pública, pois isso é incompatível com a cultura da troca de favores. Então se fomenta o empreguismo e a cultura da negociação, de modo a construir um caminho para garantir a reeleição. Superada a fase, é preciso reorganizar e reestruturar o espaço público, de modo a compatibilizar com as receitas. **(Entrevista J03)**

Os elementos trazidos pelos entrevistados remetem à análise da capacidade do Estado em promover mudanças na sociedade em curto, médio e longo prazo:

O que se tem até agora é um legislativo fazendo dias de festa com as datas comemorativas e alterando a estruturas do próprio Estado. **(Entrevista E03)**

Há um imediatismo nos governos que pode reduzir ou até mesmo inviabilizar transformações sustentáveis para o longo prazo:

Essa alteração repetida das estruturas também demonstra a perda da capacidade de se pensar para um longo prazo, porque não existe política de longa permanência que não tenha começado um dia, a construção é sequencial [...] as mudanças não poderiam ser revolucionárias, nem episódicas e nem de conformação do *status quo*. Elas devem ter direção transformadora, mas sequenciada. **(Entrevista J01)**

[...] o Brasil tem tentado solucionar questões apenas com mudanças de estruturas para atender demandas ocasionais, o que gera dificuldades para pensar para o longo prazo, de assegurar a continuidade e um movimento de captura da política pelo politicamente correto, na medida em que a aparência é suficiente, a exemplo do que aconteceu recentemente com a segurança pública, se 'fatiou o ministério da justiça e agora juntou novamente', num espaço curto de dois anos. **(Entrevista J01)**

Na subcategoria 'Estrutura Estatal' também estão inseridos os debates que dizem respeito às relações da administração com o setor privado em aspecto geral. Nesse conjunto estão as leis que referem compras, vendas, pagamentos, tipos de personalidades jurídicas que compõem o segundo ou terceiro setor:

A legislação é suficiente, no geral, para tratar do SUS. O grande problema é que em torno da saúde giram vários grupos de interesse, principalmente políticos e econômicos. A influência política reduz a possibilidade de criação de um modelo meritocrático de gestão e aumenta as chances de clientelismo, de patrimonialismo e de nepotismo. **(Entrevista J03)**

No que diz respeito à compra e venda, a regra está determinada na lei de licitações, suas alterações e incrementos. A regra foi criticada no sentido de não atender às especificidades da saúde, promover engessamento e, por conseguinte, dificuldades ao gestor sanitário, além de ser ineficiente no controle de eventuais irregularidades:

Os instrumentos legais não são bons. A lei de licitações é uma 'chaga nacional'. [...] Ainda que tenha sido criada com boa intenção, tem sido

usada inclusive para legitimar fraudes, na medida em que seguir o rito, conforme vem acontecendo em concursos públicos, é considerado suficiente. Ela é terrível, assim como o controle que se estabeleceu sobre ela. **(Entrevista J01)**

A lei n. 8.666/93 não tem absolutamente nada a ver com serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à exigência de menor preço. [...] Ainda que se pense ser possível competir em outras coisas, na saúde o raciocínio é outro e a lei não faz sentido. **(Entrevista A02)**

Já a lei n. 8666/93 [...] não consegue impedir corrupção, não consegue impedir desvios, vide os grandes escândalos que aconteceram no Brasil, nas últimas décadas. Ela complica a vida do gestor, tem uma série de falhas, permite uma série de recursos administrativos, recursos judiciais que levam à demora de meses ou anos para que o processo seja concluído, o que prejudica sobremaneira a gestão, principalmente das unidades de saúde e este é um dos entraves considerado dos mais qualificados no setor de saúde. **(Entrevista L01)**

É preciso ver ainda que alguns insumos para a saúde serão oferecidos exclusivamente pelo setor público, porque não interessam ao privado, por sua inexistente lucratividade, mas se eu não der competitividade para o público, nem isso ele consegue fazer. A lei 8666 foi feita para grandes empreendimentos de obras e não para compras gerais do setor público, atualmente ela é sinônimo de baixa qualidade na aquisição. **(Entrevista E01)**

Nessa seara, a preocupação é a impossibilidade de apresentar respostas rápidas exigidas pelo campo da saúde, que além dos problemas administrativos, pode ser considerado fator agravante para o cenário de afastamento de quadros qualificados da gestão do SUS:

A lei de licitações não consegue responder às questões que são praticamente do dia a dia dos gestores de saúde, as características emergenciais, as compras de serviços, as necessidades de aquisição por meios simplificados, em nada disso a legislação é suficiente. A legislação precisa conferir mais flexibilidade ao gestor e qualquer necessidade de alteração do figurino imposto pela lei, acarreta problemas de responsabilização pessoal do gestor, mesmo que sejam questões meramente formais. Nos dias de hoje não há gestores de saúde que não respondam a inúmeros processos. **(Entrevista L02)**

A lei n. 8.666 angustia quem quer velocidade no serviço público, mais ainda no serviço público de saúde. O engessamento criado pela lei 8666, de maneira draconiana, exige que o gestor busque alternativas para conseguir gerir um sistema complexo e que requer respostas rápidas. Ainda há uma tendência que a situação piore, porque ainda que defasada, a lei não muda, enquanto a população aumenta, envelhece e exige eficiência. A interpretação restrita dos órgãos de controle tem influência brutal na mudança de secretários de saúde pelo Brasil a fora. **(Entrevista E03)**

A crítica [...] é que se criam dificuldades para o gestor e não impede os desvios de ocorrerem. Por um lado o objetivo é nobre: impedir que recursos sejam desviados, mas por outro lado se 'engessa' de tal

maneira que se inviabiliza uma gestão competente. [...] Reitero as observações anteriores: o excesso de normatização, a burocratização e o engessamento. **(Entrevista L01)**

Na saúde complementar, seja pela compra de serviços (contratos), seja pela coincidência de objetivos (convênios), as relações público-privadas no SUS envolvem principalmente ações e serviços de saúde que o Estado Brasileiro não pode oferecer *per si* e toma da iniciativa privada, preferencialmente sem finalidade lucrativa. A forma de prover pagamento nas relações público-privadas foi alvo de críticas:

Em relação à política de pagamento [...] em consideração à tabela³⁰, a produção, se revelou um fracasso. Primeiro porque estimula fraudes, estimula a utilização de procedimentos mais complexos e, portanto, mais caros, induz a questão da iatrogenia nos exames, nos procedimentos cirúrgicos invasivos, e, não melhora, ou melhora pouco os indicadores de saúde. Há uma discussão, mas que não avança, que é pagar pela saúde e não pela doença, como se paga hoje. Isso já avançou noutros países e avança no setor privado [...] e isso pode significar um dos maiores atrasos do sistema de saúde. **(Entrevista L01)**

Importa sobremaneira ressaltar que a VIII CNS pretendeu resguardar os interesses nacionais e as inovações, nas diferentes estratégias de regulação e controle da relação público-privada (03):

Para garantir este processo é preciso uma ampla revisão das formas de relacionamento entre o setor público e as empresas nacionais e internacionais, de maneira que as relações contratuais preservem a soberania nacional e protejam as inovações geradas internamente.

Em sede de inovações, passa-se a outro elemento de impacto SUS: as patentes. Estas estão relacionadas ao setor produtivo e com o setor consumidor, o SUS está em ambos. O sistema público produz muito menos do que consome e está submetido aos mais diversos interesses nas suas aquisições, sendo necessária a proteção do interesse coletivo nas relações em que se estabelecem:

As patentes não podem ser entulho ao desenvolvimento tecnológico que a saúde precisa e sim funcionar como catalisador da pesquisa, dos processos e dos medicamentos de interesse da saúde pública. **(Entrevista E01)**

A lei de patentes nacional ainda é muito favorável ao setor produtivo. De certa forma, o tamanho do SUS e o que ele representa como mercado consumidor, propiciou que muita coisa fosse feita em relação ao setor produtivo propiciando negociações exitosas, um exemplo disso é a questão relacionada ao tratamento de HIV e AIDS.

³⁰ O entrevistado refere-se ao pagamento por produção, conforme valores fixados em tabela.

No entanto, há problemas relacionados a outros medicamentos e outros insumos e que são importantes tanto para o Estado que adquire, quanto para as pessoas que consomem e isso requer investimento constante em pesquisa, em parcerias de desenvolvimento produtivo, *joint ventures*, cooperações internacionais que tanto propiciam o aumento da autonomia do Brasil, quanto viabilizam patentes nacionais. (**Entrevista L02**)

Nesta toada, sobre pesquisa e desenvolvimento na produção de tecnologias em saúde, especialmente as de interesse do SUS, cabem alertas. O primeiro é que o SUS é majoritariamente percebido como mercado e pode estar à *mercê* da influência do setor produtivo no estabelecimento de culturas de consumo, inclusive financiado pelo Estado, via sistemas universais de saúde:

A influência econômica decorre do alto volume de recursos que transitam nas pastas da saúde nos vários órgãos. Aliado a isso, existe o interesse da indústria farmacêutica, talvez a atividade mais poderosa do mundo. Assim, o contexto indica que o cidadão feliz é aquele que consome muito em saúde, utiliza o maior número possível de tecnologias, produtos e serviços em saúde. Outro fator que influencia é a cultura dominante no país, segundo a qual o Estado deve tudo, sem nenhum limite. Na saúde, portanto, o cidadão comum imagina que deve ser fornecido tudo a todos, o que não se admite em nenhum país do mundo. (**Entrevista J03**)

Outro alerta diz respeito a um potencial distanciamento do SUS das intenções preconizadas pelo relatório final da VIII CNS enquanto setor produtivo, em especial com relação à fármaco-química, cuja intenção era a estatização. O que se tem, quando tomadas as opiniões dos entrevistados, é a expressão da discordância sobre as estratégias a serem implementadas no país, denotando a insuficiência dos debates:

Outro problema são as Parcerias de Desenvolvimento Produtivo, sobre as quais há interesse forte em estabelecer reservas de mercado para indústrias já instaladas no país. Há uma visão equivocada sobre a transferência de tecnologias em saúde, a velocidade da informação em saúde dobra a cada ano e o Brasil importa tecnologias em desuso. (**Entrevista E02**)

[...] muitas PDP já não têm mais o mesmo dinamismo e isso vai tornando o Brasil cada vez mais dependente, cada vez mais consumidor do que vem de fora, e cuja redução de investimento em pesquisa só agravará o caos. E isso impede a autonomia afastando cada vez mais o país da 'estatização' da indústria farmacêutica pretendida pela VIII CNS. (**Entrevista L02**)

Mais um alerta impõe a necessidade de associar temáticas de incremento tecnológico, patentes, pesquisas e o desenvolvimento em saúde.

Para exemplificar tal associação, compete apresentar análise da legislação sobre medicamentos genéricos e o incentivo ao mercado produtivo nacional:

O executivo faz prevalecer suas opiniões em determinados assuntos da saúde e em outros não. No caso da patente, o empoderamento da Anvisa também protegia a política de medicamentos genéricos que servia de garantidor ao produtor, ao governo e ao consumidor. [...] Claro que os grandes laboratórios não queriam os genéricos por questão de interesses econômicos, mas o executivo conseguiu impor-se e o legislativo seguiu os interesses expostos que eram, inclusive, sobre o fortalecimento da produção nacional de genéricos. **(Entrevista E01)**

Para estabelecer a comparabilidade pretendida no objetivo geral deste trabalho cumpre rememorar o relatório final da VIII CNS e o que os seus pleitos, acerca da pesquisa científica indicaram: (i) potencial estratégico; (ii) competência do órgão federal; (iii) discussão ampla sobre as linhas de pesquisa; (iv) direcionamento em prol da resolutividade de problemas de saúde (3):

Permanecerão no âmbito da competência do novo órgão federal os serviços de referência nacional e os serviços e atividades considerados estratégicos para o desenvolvimento do sistema de saúde, tais como: órgãos de pesquisa, de produção de imunobiológicos, de medicamentos e de equipamentos. As linhas de pesquisa desenvolvidas nas áreas de saúde devem ser amplamente discutidas entre as instituições de pesquisa de serviços e universidades visando a um direcionamento mais produtivo e relevante na resolução dos problemas de saúde do país.

O *locus* de atuação e investimentos compatíveis aos objetivos que se pretendia alcançar com a pesquisa e o desenvolvimento também foram preocupação da VIII CNS (3):

Neste sentido, é necessário ampliar o espaço de atuação e de investimento público nesses setores estratégicos, especialmente no referente à pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas e soros para uso humano, assim como aprofundar o conhecimento e utilização de formas alternativas de atenção à saúde. **(Relatório da VIII CNS)**

Atualmente o cenário brasileiro sobre pesquisa e desenvolvimento em saúde tem gerado preocupações. Em que pese haver estrutura estatal devidamente constituída para dar corpo ao alcance dessas finalidades, o debate perpassa, assim como para outros segmentos, a questão do financiamento. O Brasil investe por décadas, percentual próximo a 1% de seu produto interno bruto (PIB), sendo majoritário o setor público (120). Assim, a dependência do setor produtivo internacional tende a permanecer ou ampliar-

se para o setor saúde, dada a acentuação dos riscos de redução de investimentos, das estruturas de pesquisa (121) e a imensurável ‘fuga de cérebros’³¹.

Chega-se ao debate dos modelos de gerência de unidades de saúde, atualmente utilizados pelo SUS. Para além da administração direta, criaram-se no passado, as empresas estatais com um tipo de regulamentação diferenciada. Contudo, as amarras burocráticas existentes na administração direta e posteriormente nas próprias estatais, propiciaram a criação de figuras como as autarquias e depois as fundações.

Ao tornar as figuras existentes próximas à administração direta, a legislação indicou novas tipologias: as organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), dentre outras, que já vêm sofrendo, tal como os tipos que lhes antecederam, restrições da ordem do controle e do endurecimento da interpretação acerca da regulamentação, aproximando-as da administração direta:

No que diz respeito aos tipos de gerenciamento de unidades de saúde há predominância do modelo de Organizações Sociais [...]. Nessa difusão haverá legislação dos estados e também dos municípios e não somente a federal. **(Entrevista L02)**

A própria participação do setor privado no gerenciamento do setor saúde, seja nas UBS³², na MAC³³ veio por dois motivos: (i) por causa da lei de responsabilidade fiscal, porque quando se contrata uma OS (organização social) não se computa a ‘folha de pessoal’, interpretação que já é contraditória e há tribunais que acham que deve, outros acham que não [...] há jurisprudência para todos os gostos. Isso também é um problema para o gestor, que vive no fio da navalha; (ii) outra questão é criar regulamentos de compras, de contratação, de pessoal, de contratação de serviços, que são menos burocráticos e permitem agilidade da gestão para se utilizar melhor o recurso público. **(Entrevista E01)**

As alternativas de gerência começaram a surgir mais fortemente, no governo Fernando Henrique [...] da emenda constitucional da reforma, o único avanço foram as organizações sociais, porque os demais itens não prosperaram: contrato de autonomia (§8º do art. 37) para que a entidade pública goze de certa autonomia cumprindo determinados critérios [...].As OS são um imbróglio, porque não tem uma cara única e sim a cara que cada ente quis dar [...] o

³¹ Foi submetido à Revista Saúde em Debate, aos 24 de maio de 2019, artigo elaborado em parceria com Delduque, MC e Cupertino de Barros,FP sob o título ‘Reforçar a capacidade da pesquisa em saúde para compatibilizá-la às novas tendências’, com o objetivo de aprofundar os debates sobre o tema.

³² Unidades Básicas de Saúde

³³ Média e Alta Complexidade

engessamento escandaloso da burocracia acaba estendendo os tentáculos e vai entrando noutras previsões de gerenciamento administrativo. **(Entrevista A02)**

Apesar das OS serem o modelo mais difundido e contarem com legislação produzida pelos entes federados, não são o único tipo de alternativa de gerenciamento de unidades de saúde utilizado pelo setor saúde:

O modelo [...] mais eficiente e eficaz tende a ser o modelo de fundação estatal de direito privado e que não ‘andou’ no Congresso Nacional. Isso porque os que têm visão heterodoxa do SUS e que acreditam na coexistência de diferentes modelos de gestão não se interessam pela fundação estatal de direito privado por ‘n’ razões, mas pelo lado dos que têm visão ortodoxa do SUS e que defendem a exclusividade da administração direta, este modelo é visto como privatização. Até mesmo a ideia da empresa pública, que posteriormente se mostrou instrumento interessante como é o caso da EBSEH³⁴, sofreu uma resistência gigantesca dos ortodoxos do SUS, para quem o SUS deve ser eminentemente estatal. **(Entrevista L02)**

[...] os serviços sociais autônomos (SSA) quiseram copiar o modelo do Sarah que tem um contrato de gestão. **(Entrevista A02)**

A fundação estatal está na EC 19, como de direito privado, o que já foi verificado pelo STF pelo posicionamento do seu ministro Moreira Alves que afirmou que fundações poderiam ter dois modelos a depender da natureza do serviço: (i) sendo serviço de autoridade – poder de polícia, seria fundação pública de direito público; e, (ii) sendo serviço sem a autoridade estatal, seria fundação pública de direito privado. A EC 19 exige lei complementar pela qual o Congresso Nacional não se mexeu. **(Entrevista A02)**

Não parece adequado que as alternativas de gerência de unidades públicas se apresentem como panaceia. O risco de optar pelas ‘emendas’, e não pelos ‘sonetos’, embaça o debate que verdadeiramente se impõe. O debate não é saber o alcance das OS, ou se fundações estatais são ou não a melhor tipologia e sim buscar soluções para o adequado funcionamento da administração direta.

Ao reconhecer que há problemas na administração direta, para que ela ofereça, com a eficiência e efetividade necessárias, as ações e serviços de saúde é preciso dar solução ao que vigora como empecilho para o desenvolvimento da sociedade. É preciso modernizar a administração pública, com a consciência de que a mera alteração de estruturas não alcança tal objetivo.

³⁴ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

É possível crer que, em um sistema universal de saúde, o plano 'A' é a administração direta, capaz de ofertar continuidade, estabilidade, impacto positivo e controle. Os sistemas de saúde universais, ainda que se utilizem do setor privado, devem fazê-lo de forma suficientemente regulada. Esse pode ser considerado o nó górdio das relações público-privadas na saúde:

Se os governos fizeram as regras, podem rever as regras. Parece que há uma série de cordas que amarram, as leis são vistas como cabos de aço que não podem ser alterados, mas não é assim, é possível desatar nós, é possível alterar. Às vezes eu sinto resistência e essa resistência, inclusive de quem ama o SUS e não permite que venham as alterações, facilita sua destruição. **(Entrevista A01)**

Também foram trazidas ao debate as estruturas dedicadas aos órgãos de controle interno e externo das políticas públicas. Nas entrevistas, foram reiteradamente consideradas hipertrofiadas e cuja atuação tem significado imposição de dificuldades para a gestão em saúde:

[...] em relação aos órgãos de controle é que há uma hipertrofia, uma proliferação de órgãos de controle, inclusive com superposição de ações e comandos antagônicos. A Controladoria entende de uma forma, o tribunal de contas de outra, o Ministério Público mais uma e a justiça de outra. O gestor fica imprensado neste meio. [...] os melhores gestores, auditores, jurídicos, contábeis estão nas áreas que são responsáveis pelo controle e no órgão executor [...] enquanto os órgãos executivos estão mal equipados, com recursos humanos comparativamente mal formados e em quantidade insuficiente, além de mal remunerados. Então, é uma discrepância completa. **(Entrevista L01)**

Os auditores também têm forças junto ao Congresso e as leis são produzidas conforme a atuação e os interesses de determinados grupos e não o interesse social, devidamente coordenado. **(Entrevista E03)**

Recorre-se à Teoria de Mudança para explicitar a inegável grandeza de sistemas universais. No caso brasileiro, dada a capacidade de alterar positivamente indicadores sociais, deve pertencer-lhe também a capacidade de aprendizagem, apregoada pela Teoria de Mudança. A fase de aprendizagem exige execução, monitoramento e avaliação, e por vezes, a atual utilização de indicadores e evidências com foco exclusivamente em eficiência, não são suficientes nem para a demonstração de resultados, menos ainda para impulsionar um novo ciclo de mudanças sociais positivas. É um paradoxo, mas está se falando da insuficiência da eficiência:

Mas saber quanto se gasta não significa muita coisa, mas já é um primeiro passo. Mas para outro tipo de análise de custo, como a avaliação de serviços, ainda estamos na idade da pedra. Os estudos mais avançados sobre eficiência, ainda utilizam o método DEA³⁵, que ainda que tenha qualidades sempre desvincula o impacto [...]. O DEA diz que se gastou tanto e produziu tanto serviços, permitida a comparação entre hospitais, unidades, mas não indica para cada real gasto, qual o valor que se produziu em termos de saúde. Não basta ser eficiente, é correto pagar medicamentos baratos, mas o que eu faço com o dinheiro economizado é fundamental. **(Entrevista A01)**

Há um atraso grande na adoção de avaliações e não há mecanismos que contribuam. O cartão SUS, ideia de 2001, previa prontuário eletrônico e outras estratégias para uma avaliação adequada, melhorou, mas ainda não é suficiente. Verificado o tipo de tecnologia que há no mundo para esses fins, o Brasil está muito atrasado. **(Entrevista L02)**

Isso porque se faz necessário levar em conta o produto da associação entre a qualidade dos serviços prestados e a satisfação de quem os tomou, o que exige a análise de elementos contextuais, de realidade, de apropriação cultural e científica, pois muito além de qualquer mensuração econômica de ação ou serviço de saúde, destaca-se o valor social do sistema universal de saúde para o indivíduo e para a coletividade. Cabe lição de Roy, ao discorrer sobre o futuro dos sistemas universais (110, pág. 28):

O sistema de saúde capaz de aprender consigo mesmo é, portanto, perspectiva pela qual a pesquisa e os cuidados se encontram, em que aprendemos com o que fazemos, com os problemas que encontramos, com as soluções que desenvolvemos, a cada dia.

A capacidade de aprender e de impulsionar ações de melhoria é que mantém os sistemas de saúde vivos e socialmente aceitos. Este *in put* exige aporte teórico e financeiro, bem como a compreensão de gestores e usuários que soluções inovadoras não ocorrem com a execução de ações repetidas:

Era o caso de se pensar um sistema público de saúde para a maioria expressiva da população e que o sistema suplementar fosse realmente suplementar, [...] e isso não se faz por decreto, é preciso que se tenha um plano, e é preciso começar e faremos 'a', 'b' e 'c', mas hoje extinguiremos as renúncias. **(Entrevista J01)**

A aprendizagem imposta pela Teoria de Mudança, no caso em análise, deve valer tanto para o sistema universal de saúde quanto para o Poder

³⁵Análise Envoltória de Dados ou *Data Envelopment Analysis* - técnica que permite decompor a eficiência produtiva em dois componentes: a eficiência de escala, associada a variações da produtividade decorrentes de mudanças na escala de produção, e a eficiência técnica, associada à habilidade gerencial da organização in BANKER, RD, CHARNES A, COOPER, WW *Some models for estimation technical and scale inefficiencies in Data Envelopment Analysis. Management Science*, 1984, 30(9):1078-1092, 1984.

Legislativo. Uma reforma administrativa é necessária, em especial para alterar regulamentos sobre o fisco e a distribuição tributária, os servidores públicos e as contratações.

Considera-se, por questão de prudência, do relato e da interpretação do conjunto de dados pelos entrevistados, que legislação já causa dificuldades à gestão em saúde, e, portanto, deve estar sujeita a aperfeiçoamentos. Nesse caminho duas cautelas devem ser tomadas: (i) tornar o ambiente de relações entre executivo e legislativo mais cooperativo para a transformação social em prol da garantia de direitos e redução de iniquidades; e, (ii) conter o furor normativo, fartamente reconhecido e confirmado pelos dados expostos. Tal compreensão foi corroborada pelos entrevistados:

As relações não são conflituosas. Há certa harmonia entre poderes conforme pude observar como secretário municipal, estadual e agora deputado federal [...] Contudo, não faz que o ambiente seja cooperativo para o trabalho. **(Entrevista E02)**

Algumas políticas de saúde foram institucionalizadas por lei, como o caso do Programa de Saúde Bucal, o Mais Médicos, o Samu e isso faz o movimento do sistema parlamentar, mas é certo que outra característica da saúde é o furor normativo. **(Entrevista L02)**

A próxima subcategoria está relacionada com a estrutura estatal. Refere-se à conformação de Recursos Humanos em saúde e à preponderância de algumas categorias profissionais em prejuízo de outras.

5.3.2 Subcategoria Recursos Humanos

A subcategoria 'Recursos Humanos' pertencente à categoria 'Reformulação do Sistema de Saúde', agrega leis que dizem respeito às diferentes profissões, conselhos profissionais, atribuições, cargas horárias, vantagens e vencimentos³⁶, palavras reiteradas em nuvem de frequência de palavras, em um total de 58 leis e mais de 2400 dispositivos.

³⁶ Cite-se, exemplificativamente: (i) Lei n. 7.626, de 10 de Novembro de 1987 que fixa os valores de retribuição da Categoria Funcional de Fonoaudiólogo e dá outras providências; (ii) Lei n. 7.973, de 22 de Dezembro de 1989 que reajusta os vencimentos, salários, soldos, proventos e demais retribuições dos servidores civis e militares do Poder Executivo, na Administração Direta, nas autarquias, inclusive as em regime especial, nas fundações públicas e nos extintos Territórios, e dá outras providências; (iii) Lei n. 8.538, de 21 de Dezembro de 1992 que disciplina o pagamento de vantagens que menciona e dá outras providências; (iv) Lei n. 8.856, de 1º de Março de 1994 que fixa a jornada de trabalho dos profissionais

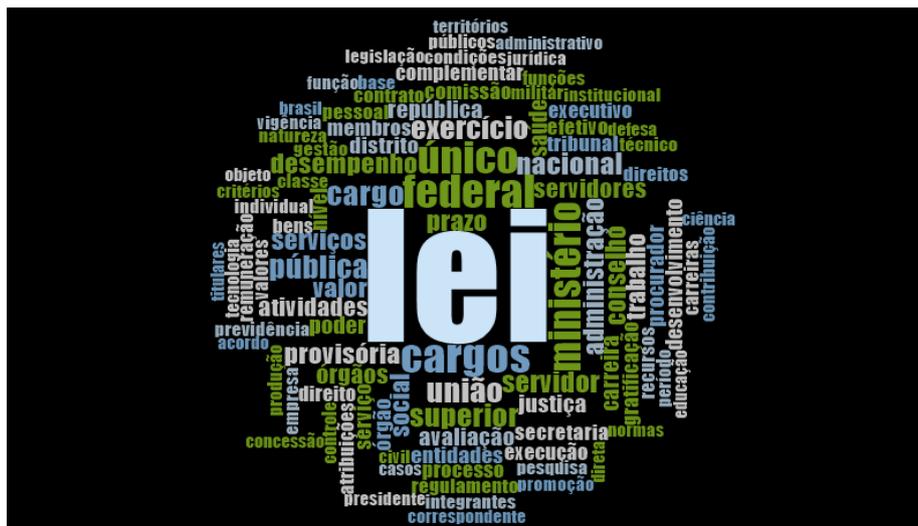


Figura 15 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria Recursos Humanos, Brasil, 1986-2016

Fonte: elaboração da autora, a partir de dados inseridos no NVIVO¹².

Verificados os gráficos 5 e 6, que apresentam a produção legislativa em décadas e em governos, tem-se que, em todos os períodos houve promulgação de leis sobre o tema, guardando, em certa medida, compatibilidade quantitativa.

Os pleitos relacionados com os recursos humanos por ocasião da VIII CNS pretenderam a formatação de política com critérios de responsabilização e comprometimento com o usuário, as composições de equipes multidisciplinares devidamente remuneradas, estáveis e admitidas por concurso público, de forma compatível com a gestão burocrática e gerencial da administração pública (03):

- II- relacionados com a política de recursos humanos
 - a) remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categoriais profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato de plano de cargos e salários;
 - b) capacitação e reciclagem permanentes;

Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional; (v) Lei n. 9.120, de 26 de Outubro de 1995 que altera dispositivos da Lei n. 3.820, de 11 de novembro de 1960, que dispõe sobre a criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Farmácia; (vi) Lei n. 9.608, de 18 de Fevereiro de 1998 que dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências.; (vii) Lei n. 11.381, de 1 de Dezembro de 2006 que altera a Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente, e revoga dispositivos da Lei nº 10.405, de 9 de janeiro de 2002; (viii) Lei n. 13.270, de 13 de Abril de 2016 que altera o art. 6º da Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina; e, (ix) Lei n. 13.342, de 3 de Outubro de 2016 que altera a Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a formação profissional e sobre benefícios trabalhistas e previdenciários dos ACS e ACE; e, (x) Lei n. 11.977, de 7 de julho de 2009, para dispor sobre a prioridade de atendimento desses agentes no Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV).

- c) admissão através de concurso público;
- d) estabilidade no emprego;
- e) composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;
- f) compromissos dos servidores com os usuários;
- g) cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;
- h) direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;
- i) formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado;
- j) inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas;
- k) incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários.

Para além de admitir que a CF/88 regulou as questões relativas à admissão em serviço público mediante concurso, garantindo estabilidade e direito de greve, o entendimento das questões relacionadas com os recursos humanos em saúde e com a legislação sobre o tema, exige explicitar que esta mesma CF/88 admitiu a concorrência entre o público e privado³⁷, o que dificulta ao SUS tanto a ampliação quanto a qualificação de sua força de trabalho:

Por outro lado, as leis de responsabilidade fiscal que foram implantadas no país, limitam de forma genérica, sem considerar peculiaridades da área de saúde, o percentual de folha de pagamento para pessoal, a um determinado valor para estados e municípios. De forma geral, as despesas com pessoal em unidades hospitalares alcançam 70% do total de gastos, sendo 30% todo o restante. Nas unidades básicas de saúde, com a estratégia de saúde da família, podem chegar a 90%. Isso faz com que Estados e Municípios ultrapassem muito facilmente o teto permitido para folha de saúde, em especial, quando ampliam a cobertura em saúde. Hoje, não vejo nenhuma possibilidade de se aumentar a cobertura de saúde da família, que gira em torno de 65% no país, porque não temos teto nem nos Estados e nem nos municípios para gasto com pessoal. É impossível! Falar em aumentar a cobertura é 'balela'. **(Entrevista L01)**

Sobre a legislação que refere os recursos humanos, especialmente a lei n. 8.080/90, há uma indução à constituição de carreiras profissionais. Atualmente há todo tipo de contrato para lidar com recursos humanos, há cooperativas, há estatutários, há celetistas, o que causa inúmeras dificuldades para os gestores. **(Entrevista A02)**

Na saúde é ainda mais grave porque há uma competição dos recursos humanos com o mercado, [...] num concurso para neonatologista há uma competição explícita entre o público e o privado, que oferece melhores condições. O serviço público precisa

³⁷ Um exemplo da interrelação entre as subcategorias 'estrutura estatal' e 'recursos humanos' é a Lei n. 12.842, de 10 de Julho de 2013 que dispõe sobre o exercício da Medicina.

implorar para que o profissional venha. Na contratação dos RH, especialmente os médicos, a forma com a qual o gestor tem que lidar é horrível – pelo que se legitima a busca de alternativas. **(Entrevista J01)**

O cenário exposto impossibilitou durante o período estudado e impossibilitará no futuro, o alcance pretendido pela VIII CNS (03):

A maior participação do setor público como prestador de serviços é viável, justa e socialmente desejável. Para isso é necessário o aprimoramento de seus procedimentos gerenciais, de forma que possa operar com maior eficiência e aumente seu grau de resolubilidade, de modo a satisfazer as necessidades da população.

A chamada ‘reforma gerencial’ ou ‘reforma de Bresser’ manteve o eixo de defesa da coisa pública, em que pesem a redução do intervencionismo estatal e uma tentativa expressa de delimitar mais fortemente as relações público-privadas. Passou a contar com uma burocracia ainda mais especializada, com a criação de agências reguladoras e com carreiras de especialistas em gerenciamento e análises econômicas. Entre os entrevistados, há aqueles que associaram tal especialização à demonstração de força junto ao Congresso Nacional:

As carreiras do judiciário, ministério público, auditorias de receita e de despesa são também muito fortes. Em resumo, as categorias que na reforma de Bresser foram consideradas essenciais para o Estado são grupos de pressão muito fortes no parlamento. **(Entrevista L02)**

Observe que todas as vezes em que há escassez de recursos, quando há necessidade de se fazer cortes, o judiciário e o legislativo evocam a independência dos poderes e autonomia orçamentária. Então, todas as vezes que há recessão, cortes, o executivo ‘corta’, sacrifica as condições de trabalho, os salários e isso não acontece no poder legislativo, inclusive os tribunais de contas, porque são seus órgãos auxiliares. Não ocorre no judiciário e nem no Ministério Público. Nós temos esses poderes cada vez mais estruturados, com profissionais bem remunerados e competentes e os órgãos executores, cada vez mais depauperados. **(Entrevista L01)**

As categorias têm diferentes capacidades, conseguem mais aquelas que vocalizam, se mobilizam internamente e/ou socialmente, quanto maior a pressão, mais conseguem benefícios. Isso também vale para segmentos do setor público. Há carreiras de Estado (Itamaraty, Judiciário, MP, Auditorias, Receitas), carreiras estratégias (gestores públicos) e carreiras de ‘nada’, cujos profissionais atuam por si, que inclui a saúde. **(Entrevista J01)**

O poder legislativo reverbera pressões sociais e os segmentos mais fortes, desde a criação da república, disputam a prevalência do que entendem ser direitos. Os servidores prestam concursos e aqueles que não prestaram (e adquiriram a estabilidade contribuíram significativamente para a desestabilização da previdência), exercem mecanismos de pressão que existem desde o início do século XX e

caminham pela sociedade moderna. O judiciário também pertence ao segmento que pressiona o legislativo. **(Entrevista J02)**

Tal caracterização veio a partir de 1994, com a reforma do Bresser, que escalonou o serviço público e de lá para cá, isso afunilou de tal forma que quando há uma demanda em relação ao setor público, somente os interesses corporativos é que vão atuar, seja horizontal ou verticalmente. [...] O setor público atua de forma fatiada, se há um aumento para determinada carreira, como os policiais, os outros segmentos querem aumentos similares, mesmo estando em condições de trabalho diferentes e atuação profissional, mas não há mais dosagem e medidas justas. **(Entrevista E01)**

Esse tipo de atuação tem consequências para as políticas públicas, em especial para o Poder Executivo, incumbido de lidar com as diferentes carreiras ou categorias profissionais:

Provavelmente há representações e *lobbys* que são mais fortes, sindicatos, com capacidade de organizar e vocalizar os próprios pleitos: salário, atribuições, previdência, basta ver a atuação dos agentes comunitários. **(Entrevista A01)**

São carreiras fortes, capilarizadas e se constituem como grupos de pressão. **(Entrevista L02)**

A diferença está na capacidade organizacional, com sindicatos fortes, que entendem e sabem utilizar os processos legislativos e eleitorais para fazer pressão em favor de suas carreiras. O Brasil tem um problema grave em relação aos recursos humanos em saúde, mas a Câmara e o Senado são casas políticas, portanto, mais suscetíveis à pressão. As pressões corporativistas que vêm ao longo do tempo no país são as principais responsáveis pelo déficit previdenciário e que ocupam majoritariamente a pauta legislativa, quando comparada a outras áreas essenciais. **(Entrevista E02)**

No caso da saúde, a força de determinadas carreiras profissionais está relacionada com a quantidade expressiva de profissionais e com a sua disseminação pelo país e que também atuam junto ao Congresso Nacional, para enclausurar na legislação, incluída a CF/88, proteções e vantagens.

Quando perguntados acerca da força de pressão das carreiras da saúde no Congresso Nacional, as categorias profissionais mais lembradas pelos entrevistados foram os médicos e os agentes comunitários: de saúde e de endemias:

a) médicos:

Os médicos são sempre uma categoria com muita força no Congresso Nacional, com poder significativo. **(Entrevista L02)**

[...] A cultura brasileira indica que quanto mais “nobre” a atividade, melhor é a remuneração. Por isso os médicos, por exemplo, possuem mais acesso e facilidade de viabilizar seus projetos [...] as carreiras na saúde são mais amplas e em número muito maior. Envolvem

principalmente os municípios, que não possuem, em regra, condições de elevar o padrão remuneratório no mesmo nível dos estados e da união. **(Entrevista J03)**

Está associado à cultura política oligárquica e ainda há carreiras da 'realeza' da política brasileira, que representam interesses dos parlamentares. Olhando as carreiras elitizadas e as elites que compõem o parlamento haverá grande coincidência e Jessé de Souza afirma isso e reitera uma manutenção de carreira oligárquica, que coincide com o judiciário, com os médicos, mas nem sempre atinge outros segmentos dos profissionais que atuam na saúde. **(Entrevista A03)**

A força política dos médicos também impressiona. A lei do ato médico brasileira é incompatível quando comparada com o sistema universal inglês, na medida em que várias intervenções aqui são restritas aos médicos, noutros países são praticadas por outros profissionais de saúde. A restrição de certas práticas aos médicos é incompatível com o SUS, são dois mundos paralelos. **(Entrevista E03)**

Mas não se questiona a concentração de vantagens como auxílio moradia do judiciário ou a excessiva concentração de poderes nos médicos. Até o sistema de justiça é dotado de uma dispersão maior de poderes do que a categoria dos médicos. **(Entrevista J01)**

b) agentes comunitários:

Pela quantidade de votos, como bem exemplifica os ACS. **(Entrevista E03)**

Os ACS e ACE foram 'empoderados' porque são quantitativamente representativos e sua precariedade de décadas impulsionou a proteção constitucional. É a realeza legislando para carreiras reais e fazendo política para manter-se no poder. **(Entrevista A03)**

O caso dos ACE e ACS é um exemplo, são muitos, capilarizados por todo o país, um grupo de pressão fortemente envolvido na micropolítica na medida em que funcionam como cabos eleitorais dos legislativos e executivos locais [...]. **(Entrevista L02)**

É certo que não bastam as leis, as unidades de saúde, os organogramas e as tecnologias. O alcance dos objetivos do SUS passa pelos recursos humanos e seu compromisso com a saúde do indivíduo e da coletividade.

A questão dos recursos humanos em saúde está presente na agenda política, entretanto, sem a prioridade e o eco necessários. A necessidade do sistema universal reside no intercruzamento entre a assistência, o gerenciamento e os conflitos existentes entre os dois segmentos (31).

A formação de profissionais e a carreira em saúde seguem como elementos importantes para o debate:

Há também a representatividade política, o *lobby* político ou corporativo dessas instituições. O *lobby* do legislativo é forte, do

judiciário é forte, inclusive com representação política e poder de pressão muito grande, enquanto no executivo isso se dilui e acaba não acontecendo. Esta é uma grande preocupação porque leva a distorções tremendas e vai criar problemas porque cada vez mais, teremos uma gestão deficitária. **(Entrevista L01)**

A reflexão impõe um dilema, a luta segmentada das carreiras no Congresso Nacional foi imposta pelo desinteresse estatal em formatar carreira para o sistema universal ou a luta segmentada das carreiras não propiciou ambiente político para formatar carreira para o SUS? Nesse sentido, há reflexões dos entrevistados. A primeira reflexão diz respeito à possibilidade de que a insuficiência da atuação do SUS na coordenação da formação dos profissionais de saúde tenha propiciado a fragmentação da luta de interesses e no incremento de legislação protetiva de determinadas categorias:

Criou-se o SUS, com acesso universal, com prioridade para a atenção básica, mas continuou formando pessoas para a atuarem na rede privada. A formação sempre foi para o privado e não para o público, o que justifica a crise estancada pelo 'Mais Médicos'. Os dirigentes, nem sempre, eram pessoas que tinham essa formação para o público e que acreditavam que a alteração das estruturas poderia resolver o problema. **(Entrevista A02)**

É preciso pensar também que a determinação de coordenar a formação profissional na área de saúde é competência do SUS, conforme o art. 200 da CF/88. Caso o SUS tivesse exercido fortemente esta competência, e não exerceu, talvez houvesse uma melhor coordenação dessa força de trabalho, desses movimentos e impedisse a desordem. Assim como o SUS parece-me que o governo também não se ligou na importância dessa coordenação e ao deixar livre, cada categoria brigou pelo seu espaço. Num Congresso em que todos querem apadrinhar afilhados com votos, ao ficar sem coordenação, cada lei veio ao seu modo: 'que garanta salários', 'competências' e 'defesa de suas instituições'. Ao não cumprir o art. 200, para a saúde, o SUS correu esse risco de que interesses pessoais e de categorias se sobrepujassem aos do próprio sistema. **(Entrevista E03)**

A outra reflexão diz respeito às dificuldades de estabelecer carreira para os profissionais de saúde integrantes do sistema universal, que parece não se avizinhar:

Sobre uma carreira para o SUS, um sistema generoso e de atuação entre entes autônomos, há um 'dificultador' para a carreira única. Esta carreira já existiu nos tempos do INAMPS, sob a tutela federal e há ainda quem defenda, mas novamente com o argumento de defesa de categoria, tipo os médicos do SUS. Tentou-se estabelecer princípios e diretrizes para a formação de carreira, mesmo que em cada ente, que motivasse o ingresso e mantivesse o bom profissional. Mas na crise fiscal atual, principalmente dos Estados é muito difícil garantir o cumprimento deste tipo de coisa e atualmente a depender da área não há nenhum atrativo, motivo pelo qual os profissionais não fixam. **(Entrevista E01)**

O que se tem é que problemas relacionados com os recursos humanos em saúde estão na ordem do dia para os gestores, que por sua vez também podem ser alvo da insuficiência da formação adequada, o que também se aplica aos gestores:

A gestão em saúde precisa de certas competências, atitudes, conhecimentos e não existem 5570 pessoas formadas no Brasil para serem secretários em municípios. **(Entrevista A01)**

Os gestores em saúde têm sido alvo de alarmante precariedade no exercício de suas funções e as razões podem ser várias: (i) interesses político-partidários; (ii) interesse imediatista nas respostas sanitárias; (iii) pressões recebidas pela mídia e veículos de imprensa; (iv) penalidades pessoais aplicáveis em decorrência do fenômeno da judicialização da saúde; (v) não enfrentamento de questões estruturantes do SUS atribuindo à figura de comando responsabilização exclusiva, entre outras tantas ³⁸.

Entretanto, o que se tem é que “um dos fatores implicados no desempenho satisfatório de um sistema de saúde é, sem dúvida, seu capital humano suficiente, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto qualitativo”. Portanto, qualquer insuficiência pode representar comprometimento da “longitudinalidade das ações, dos programas e das políticas”, “o que não se consegue com a alta rotatividade dos quadros técnicos que ocupam funções de responsabilidade nas esferas de gestão do SUS, a começar de seus titulares” (122, pág.173).

O cenário atual preocupa, na medida em que estabelece dois caminhos de atuação para os segmentos de ‘carreira’ ou ‘corporativos’ e reforça a importância das estruturas profissionais, rememorando os antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), conforme se mencionará na apresentação de resultados da categoria “Financiamento”, também responsáveis pela assistência em saúde. Tal avaliação reverberou em uma entrevista:

A forma de aprovar leis é na base da pressão. Portanto, as categorias que têm organização, força política e econômica vão conseguir aprovar suas demandas. O Brasil vive um momento forte de neocorporativismo, um renascimento da cidadania regulada de

³⁸ Para conhecer analogia que compara gestores estaduais em saúde e técnicos de times de futebol e suas respectivas permanências nos cargos, acesse: Preocupações brasileiras: futebol e saúde. <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/447/508>

Vargas, em que se passava a ser cidadão quando pertencia a uma categoria profissional relevante. **(Entrevista J01)**

Então há dois caminhos: (i) ou se entra numa categoria já relevante; (ii) ou faz com que a categoria a que pertence seja assim considerada – e ainda ocorre hoje. A tentativa é ininterrupta de obter mais vantagens. Alguns já têm tanto que fica difícil imaginar acréscimos, mas a criatividade brasileira neste ponto é infinita. Então, algumas categorias vão vocalizar mais e mais vantagens e outras, que se reconhecem relevância, também tentam entrincheirar direitos na lei, quando não na própria constituição – como é o caso das categorias do sistema de justiça. **(Entrevista J01)**

Por fim, chama a atenção que os elementos da análise podem funcionar como indícios da dificuldade do Congresso Nacional em legislar sobre recursos humanos, pela perspectiva dos interesses dos sistemas universais de oferta de prestações positivas ou, ainda, favoravelmente aos segmentos não organizados da sociedade:

É mais uma forma que revela que o Congresso Nacional, ainda que queira, não trabalha para a massa desorganizada, mesmo que seja de trabalhadores. O Congresso Nacional funciona para as minorias organizadas, veja o quanto se demorou e a resistência que se teve para regulamentar direitos para a categoria das empregadas domésticas, que é cidadania básica e até hoje questionados. **(Entrevista J01)**

5.3.3 Subcategoria Vigilância em Saúde

A subcategoria 'Vigilância em Saúde' agrupa 61 leis promulgadas durante as três décadas analisadas. As leis que compõem esta subcategoria, conforme se observa da figura 16 dizem respeito à produção, à embalagem e rotulagem, ao transporte, ao armazenamento, à comercialização, à propaganda comercial, à utilização, à importação, à exportação, aos resíduos, aos registros, à classificação, ao controle, à inspeção e à fiscalização de produtos ³⁹.

³⁹Cite-se, exemplificativamente: (i) Lei n. 7.802, de 11 de julho de 1989 que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências; (ii) Lei n. 8.543, de 23 de dezembro de 1992 que determina a impressão de advertência em rótulos e embalagens de alimentos industrializados que contenham glúten, a fim de evitar a doença celíaca ou síndrome celíaca; (iii) Lei n. 9.313, de 13 de Novembro de 1996 que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS; (iv) Lei n. 9.787, de 10 de Fevereiro de 1999 que altera a Lei nº 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; (v) Lei n. 10.357, de 27 de Dezembro de 2001 que estabelece normas de controle e fiscalização sobre produtos químicos que direta ou indiretamente possam ser destinados à elaboração ilícita de substâncias entorpecentes, psicotrópicas ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências; (vi) Lei n. 10.742, de 6 de Outubro de 2003 que define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360,

sistemática. A realização da I Conferência Nacional de Saúde (I CNS), em 1941, serviu para levantar a situação de saúde do Brasil. Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) que lidava com a lista de doenças de notificação compulsória. Desde então, algumas atribuições da vigilância e controle passaram a fazer parte das competências das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), como é o caso do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Já as endemias (esquistossomose, doença de Chagas, malária, tracoma etc.) ficaram, durante certo tempo, sob a responsabilidade de uma Superintendência de Campanhas (Sucam). Essas duas atribuições mostram a descentralização e a concentração ocorridas simultaneamente (123).

Com a promulgação da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) exercia a formulação e a implementação de políticas de VS e a orientação da organização da rede do SUS, nos demais entes. Também lhe cabia coordenar as ações de prevenção e controle de doenças até que para efetivar o pretendido pela VIII CNS acerca da vigilância, foi adequada a formulação de nova estratégia, que tanto implementasse um modelo mais arrojado de integração das atividades à rede de atenção à saúde, em especial, à atenção primária, quanto impedisse solução de continuidade nas ações.

Em 1994, a criação da 1ª Comissão interinstitucional de epidemiologia deu origem ao Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS), que ainda nos dias de hoje é a estratégia utilizada pela CIT. Advieram as bases nacionais de dados epidemiológicos como o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), cuja geração de informações é evidência para a definição de políticas públicas. No final da década de 1990, as competências foram descentralizadas, assim como o financiamento federal passou a ocorrer por meio de transferências financeiras regulares e

automáticas⁴⁰, reconhecidas no jargão sanitário como 'transferências fundo a fundo' (123).

Em 2003 houve a criação, no Ministério da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) que agrupou a experiência acumulada nos diferentes departamentos da Funasa e ganhou maior autonomia administrativa e financeira na esfera federal com conseqüente aperfeiçoamento das transferências financeiras aos estados, DF e municípios, além de facilitar a integração do setor com instituições de ensino e pesquisa (123).

Tal interpretação reverberou nas entrevistas:

Para as ações de vigilância também importa a criação da SVS, em 2003, que juntou e qualificou atribuições relacionadas à vigilância.
(Entrevista E03)

Observados os gráficos 5 e 6 nota-se um aumento na quantidade de leis que tratam das competências da VS. Entretanto, não se pode dizer que as pretensões da VIII CNS tenham sido alcançadas *in totum*, dada a necessidade de maior integração entre a APS e a vigilância para reduzir a demanda por ações de média e alta complexidade, que por sua vez, consomem percentualmente a maior fatia dos recursos reconhecidamente insuficientes.

Nessa subcategoria também cabem debates sobre a agência reguladora, originada da alteração de estrutura estatal do final dos anos 1990. A Anvisa cumpre atribuições relacionadas com a vigilância. O relatório final da VIII CNS mencionou, em suas recomendações, atribuições exercidas pela agência (3):

Controlar e fiscalizar a qualidade dos insumos de uso setorial e a comercialização dos medicamentos e alimentos, através de uma adequada vigilância sanitária. **(Relatório da VIII CNS)**

A introdução das agências reguladoras na saúde, pela reforma administrativa de Bresser, não foi uma ideia refutada pelos entrevistados. Nesse item chama a atenção o fato de que na interpretação de entrevistado, em sendo a VS competência exclusiva do Estado Brasileiro, não haveria razões para traduzir-se em ambiente regulado. Entretanto, e aqui não é de

⁴⁰ Decreto n. 1.232/1994. Brasil. [internet]. Acesso em 27.07.2019.
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1994/decreto-1232-30-agosto-1994-449622-publicacaooriginal-1-pe.html>

interesse debater as teorias do direito regulatório, e, sim, compreender a relação do legislativo, o SUS e as pretensões da VIII CNS, a criação da agência pode ter representado um anteparo importante para o setor produtivo nacional sensível às diferentes pressões, conforme se lê:

A vigilância em saúde sempre foi uma função do Estado e, portanto, não precisaria ser ambiente regulado. Mas tal opção favoreceria o sistema produtivo nacional e era uma oportunidade de regular os desmandos que estavam ocorrendo naquela época: medicamentos socialmente importantes foram falsificados, para o câncer; as pílulas anticoncepcionais conhecidas como pílulas de farinha; tinha havido a ampola do cério 137 em Goiânia. Então a regulação das ações de vigilância tornava-se importante e aliada ao crescimento do setor produtivo nacional para que esse mercado se expandisse. **(Entrevista E01)**

Majoritariamente, o modelo regulatório é bem aceito, havendo sobre ele expectativas positivas acerca de sua atuação:

As agências reguladoras se constituem num bom modelo para a administração pública. A Anvisa tem obrigações relacionadas à burocracia, à gestão. **(Entrevista L02)**

A agência reguladora foi importante, o direito regulatório é uma boa saída. O aprofundamento da regulação sanitária se deu primeiro para regular os interesses do Estado, segundo para dar conta daquele 'mar de burocracia' que são as competências das agências 'visa' também e terceiro, que é o jogo mais importante, a agência foi criada para afastar a pressão do mercado com medidas regulatórias e isso parece estar mudando na medida em que a formação dos quadros dirigentes das agências tem sido alterado e isso pode ser complicado. **(Entrevista E01)**

Sim, com a criação da Anvisa e da ANS houve melhoria na prestação dos serviços de vigilância e de controle da saúde suplementar. O grande ponto de debate atualmente é evitar a captura destas autarquias pelos setores por ela fiscalizados. Este é o principal desafio. **(Entrevista J03)**

No entanto, diferentes elementos vêm contribuindo para que a credibilidade do modelo regulatório sofra abalos:

a) captura:

Esse tipo de compreensão dificulta que se aceite que uma pessoa egressa do setor regulado tome assento na agência reguladora. Essas indicações não podem ser feitas com base nas preferências do médico do Presidente, é preciso ter cuidado e as exigências têm que ser seguidas. **(Entrevista L02)**

Contudo, de algum tempo para cá, sua estrutura ficou capturada por indicações políticas e ela perdeu sua potência e sua importância e isso tem revelado muitos prejuízos. No último governo do seu estudo

– governo Temer - a indicação de pessoa sem menor qualificação para o exercício do cargo foi muito comentada no setor e na mídia – tal repetição tem desqualificado a atuação da agência, fazendo com que perca importância e valor nacional. [...] **(Entrevista E03)**

b) tecnocracia:

Há também, aí nos quadros mais técnicos, uma ditadura da técnica, ou do que se acha ser a técnica e essa tecnocracia é perigosa e prejudicial. As pessoas precisam ter consciência que há sempre um fim social a ser perseguido. **(Entrevista E01)**

[...] A Anvisa trabalha bem com os registros, as licenças, as análises e cumpre bem seu papel. Mas se pararmos para pensar ela não é bem reguladora, porque tem uma atuação burocrática muito forte. Precisa qualificar suas carreiras e sua atuação, foi feita a partir de uma necessidade existente da vigilância em saúde. **(Entrevista A02)**

c) minimização da finalidade social:

Em minha opinião a regulação trabalha em três eixos: (i) defender os interesses das políticas públicas; (ii) interesses do setor privado para que ele se qualifique, se certifique, trabalhe com segurança nas regras existentes e seja competitivo; e um terceiro eixo, para mim o mais importante, (iii) interesses da sociedade. E em caso de conflito, eu fico com os interesses da sociedade. **(Entrevista E01)**

Atualmente, a Anvisa se entende como extra-SUS e que o SUS também pertence ao setor regulado. A criatura superou o criador e quando os dirigentes não têm a verdadeira noção do papel social que devem desempenhar a situação fica ainda mais complexa. **(Entrevista E01)**

d) conflitos de interesse:

A Anvisa está entre o profano e o sagrado, tem conflitos de interesses durante todo o tempo. Quando a ANVISA aprovou uma RDC restringindo o uso de anorexígenos, houve uma forte reação, dos usuários, dos prescritores e dos congressistas – que respondem ao *lobby* da indústria. Outra RDC de impacto, que chegou até ao STF, foi a dos aditivos sobre os produtos de tabaco. Quando essa RDC⁴¹ dos aditivos foi aprovada, a Confederação Nacional da Indústria entrou com uma ADI contra o tema e arguindo incompetência da ANVISA para regular. Poucos meses depois a CNI mandou uma proposta de termo de cooperação para com a ANVISA, ocasião em que arguiu se a ANVISA celebraria a cooperação com quem contestava a competência da reguladora. **(Entrevista E01)**

e) enfraquecimento do poder regulatório pelo Congresso Nacional:

Há interesses mais escusos: há *lobbys* no Congresso Nacional, tanto que houve ações do legislativo para anular essas RDC, teve proposta de decreto legislativo e no caso dos anorexígenos havia projeto que proibia a ANVISA de atuar na regulação de anorexígenos – é um flagrante desrespeito com a sociedade, deveriam ter vergonha de

⁴¹ Resolução de Diretoria Colegiada

falar sobre isso, e o lobby faz com que se perca a decência, a racionalidade e o senso de coletivo. **(Entrevista E01)**

f) sobreposição pelo Poder Judiciário:

Sim, formalmente falando as agências são boas alternativas para apoiar tecnicamente a regulação do Estado até porque seus diretores têm mandato. Contudo, no que me é dado ver nos últimos anos, não tem resolvido – porque o judiciário tem se sobreposto a elas e resolvido algumas das questões e isso vale para a Anvisa e para a ANS. **(Entrevista J02)**

g) proteção do setor produtivo pelo Congresso Nacional:

Nos controles de sal e açúcar nos alimentos, não houve atuação do legislativo. Não há lei, foi um acordo coletivo para o cumprimento individual pelas milhares de indústrias de alimentos, que é o segmento mais forte do PIB nacional. Nem sempre a cadeia produtiva de alimentos aparece com a força que verdadeiramente possui, ela engloba desde a doceira da banca da cidade do interior, até multinacionais espalhadas pelo mundo. **(Entrevista E01)**

A fosfo (*sic*) foi um absurdo porque não havia nenhum tipo de estudo, nenhuma fase, era partir do zero, sem nenhuma demonstração de evidência e ainda por cima, com autorização do Comitê de ética em pesquisa – que não é lei – para uma pesquisa de nível III, sem nenhum dado pré-clínico. **(Entrevista E01)**⁴²

Entre as competências da Anvisa está o registro das tecnologias em saúde, o qual instiga o debate sobre a incorporação de itens no SUS. Sob tal fio lógico, elementos não pertencentes à VS foram trazidos ao debate por alguns entrevistados: (i) a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec); e, (ii) a adequação de seu modelo.

A Conitec foi criada pela lei n. 12.401/11, que altera a Lei n. 8.080/90 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS e seu funcionamento foi regulamentado pelo Decreto n. 7.646, de 21 de dezembro de 2011.

A Conitec é órgão auxiliar para assessoramento do Ministro da Saúde, no que diz respeito à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde ofertadas pelo SUS, bem como na elaboração e/ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), devidamente instituída pelo Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.

⁴² Sobre o tema: Alves SMC; Delduque MC; Santos AO. Lei n. 13.269/2016: a comoção da sociedade vence o método científico! Cadernos de Saúde Pública (Online), 2016; 32:1.

O plenário da Conitec é composto por representantes do Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conass, Conasems, ANS e Anvisa.

Os entrevistados ressaltaram o desempenho da Conitec e consideraram adequado seu modelo de instituição: órgão de composição ampliada, para assessoramento do Ministro da Saúde. Mais ainda, consideraram desaconselhável convertê-la em agência reguladora:

A Conitec foi um avanço, tem tido posicionamentos técnicos interessantes, mas a crítica que se ouve é que a demanda é fortemente do setor regulado, portanto baixa participação social sendo a demanda dependente do setor produtivo. Poderia haver um modelo mais independente, mais transparente nos seus atos e que a lei deveria apreciar os procedimentos padrão da Conitec. **(Entrevista A03)**

A Conitec, comparativamente aos órgãos de análise do primeiro mundo, tem produção razoável no que diz respeito à indicação ou não de incorporação de tecnologias. Contudo, se os critérios técnicos científicos são adequados ou se estão submetidos prevalentemente à relação custo-benefício é uma questão que demandaria um pouco mais de estudo das decisões que a Conitec toma. Algumas questões precisam ser buriladas, mas a Conitec tem que ser órgão auxiliar do executivo e não há motivos para se converter em agência reguladora. **(Entrevista J02)**

Penso que o modelo está adequado. Trata-se de órgão novo. Talvez seria mais razoável conferir maior autonomia à CONITEC, contudo, por se tratar criação recente, é importante monitorar para verificar como melhorar a sua atuação. A transparência na sua atuação também deve ser fomentada, bem como a participação da sociedade. **(Entrevista J03)**

O debate sobre a Conitec enquanto órgão de assessoramento do Ministro de Estado da Saúde, originado de determinação legal, está vinculado à estrutura estatal, entretanto, e como já foi possível observar, há indubitável entrelaçamento entre categorias e suas respectivas subcategorias. A figura que segue apresenta o cruzamento de palavras promovido pelo NVivo¹², do qual se observa a pertinência de que a Conitec tenha sido trazida ao debate.

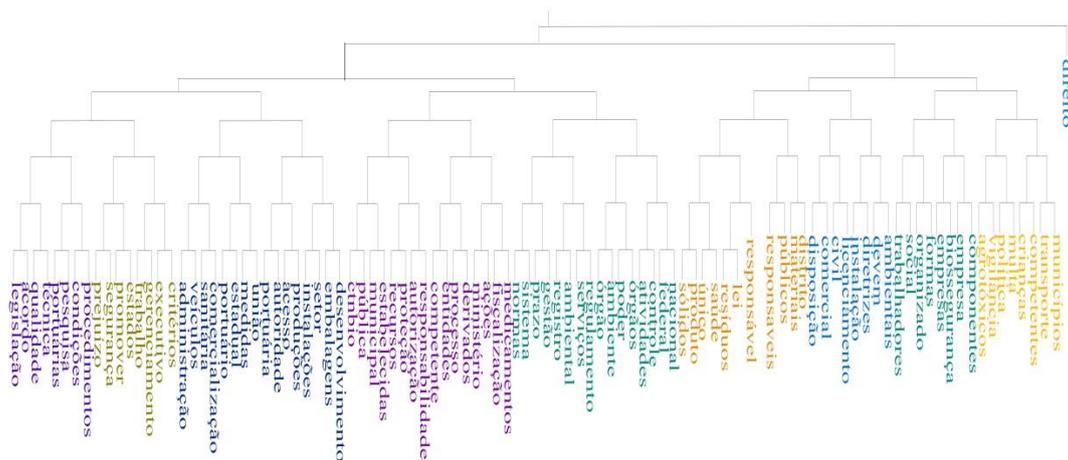


Figura 17 - Associação de Palavras: Relatório final da VIII CNS e Subcategoria Vigilância em Saúde, Brasil, 1986-2016

Fonte: elaboração da autora, a partir de dados inseridos no NVIVO¹².

A afirmativa de interrelação entre subcategorias estende-se às seguintes.

5.3.4 Subcategoria Promoção e Prevenção

Em um período anterior à CF/88 a proteção à saúde estava vinculada à atuação da saúde pública convencional, na prevenção de doenças por meio das vacinas e saneamento, a partir de ações do Ministério da Saúde e de algumas das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Já a promoção era compreendida, essencialmente, pela educação, nutrição e trabalho (31). A promoção da saúde deve ser entendida como conjunto de estratégias e meios para produzir saúde, individual e coletivamente, objetivando atender necessidades sociais e melhorar a qualidade de vida (124).

Nesta subcategoria, está alocado o conjunto legislativo que diz respeito aos meios de controle da poluição do ar, da água, o alerta sobre a necessidade das práticas relacionadas com o sexo seguro; com a etiquetagem de produtos alimentícios, com a proteção de população vulnerável, controle de álcool ao volante, entre outros⁴³. A frequência de palavras desta subcategoria resultou na seguinte nuvem de palavras:

⁴³ Cite-se, exemplificativamente: (i) Lei n. 9.966, de 28 de abril de 2000, que dispõe sobre a prevenção, o controle e a fiscalização da poluição causada por lançamento de óleo e outras substâncias nocivas ou perigosas em águas sob jurisdição nacional e dá outras providências; (ii) Lei n. 10.203, de 22 de fevereiro de 2001, que dá nova redação aos arts. 9º e 12 da Lei n. 8.723, de 28 de outubro de 1993, que dispõe sobre a redução de emissão de poluentes por veículos automotores, e dá outras providências; (iii) Lei n. 10.237, de 11 de Junho de 2001 que dispõe sobre a inserção, nas fitas de vídeo gravadas que especifica, destinadas à venda ou aluguel no país, da seguinte mensagem: "Faça sexo seguro. Use camisinha"; (iv)

A atuação do Brasil no controle do tabaco ecoou nas entrevistas:

O tabaco é um dos maiores causadores de internação, adoecimento agudo e/ou crônico, morte e num cenário em que se protege o produtor em vez de se regular o produto, há evidente inversão de valores em prejuízo da população [...] A convenção-quadro de controle do tabaco fez com que o Brasil evoluísse fortemente na prevenção e promoção da saúde, como um dos melhores do mundo [...]. **(Entrevista E03)**

Outro ponto é o uso nocivo do álcool, e que, no Brasil, foi regulado com foco na condução de veículos automotores e na restrição de vendas para grupos etários, como é o caso da criminalização da venda para crianças e adolescentes. Nesse ponto, um debate que se impõe e que ocorre em algumas unidades federadas é a indicação legal de restrição de publicidade para bebidas alcoólicas superiores a 13 graus *Gay Lussac*, deixando as inferiores livres (126).

A subcategoria ‘Prevenção e Promoção’, em termos quantitativos revela que o Poder Legislativo não atuou fortemente nessa seara. A análise dos dados quantitativos aliada às entrevistas traz pontos importantes para o debate. O primeiro deles diz respeito à omissão do Poder Legislativo nos itens que interessam sobremaneira à prevenção de doenças e promoção da saúde, seja sob o aspecto individual e/ou coletivo:

Ao verificar o art. 196 da CF/88 o princípio número um da saúde é a segurança de não adoecer por causas evitáveis. É o que primeiro se lê na CF. Contudo, a produção legislativa para atenção à saúde e para a vigilância confronta o capital – são as vendas, são as comidas, são os cosméticos, as bebidas, os poluentes, mas tudo está capturado pelo capital, pelo mundo privado e esses assuntos acabam não sendo regulados. **(Entrevista A02)**

O Ministério da Saúde, enquanto indutor das ações de promoção e prevenção, deveria apresentar as propostas legislativas que lhe sejam prioritárias para a apreciação do poder legislativo. [...] Quando o debate não garante a consonância de intenções entre governo e legislativo, um deputado ou uma frente parlamentar, por si só, pode não conseguir aprovação em uma legislatura. Necessariamente a proposição não precisa ser do poder executivo, mas é preciso que os dois poderes atuem juntos para que o trâmite seja acelerado. **(Entrevista E02)**

Ao pensar em saúde e em legislação com foco na saúde da população o que tem mais impacto é legislar sobre promoção e prevenção: álcool, cigarro, bebida açucarada, alimentos processados – e ninguém fala disso, enquanto a permissão do consumo favorece mortes prematuras [...] Os produtos saudáveis são economicamente inviáveis para a maioria dos brasileiros. Portanto, aqui (na promoção e prevenção) é que deveria estar a força da lei [...] **(Entrevista A01)**

Outro elemento de análise está relacionado com a força da normativa infralegal, em geral originada da agência reguladora, do Ministério da Saúde ou ainda, da CIT. Nesse âmbito, é importante ressaltar que por vezes, o próprio Legislativo contesta a atuação, em especial da reguladora, ao legislar de forma oposta a determinadas normativas. No entanto, a atuação da agência reguladora tem sido reiteradamente corroborada pelo Judiciário, como nos emblemáticos casos da fosfoetanolamina e da proibição de aditivos aos fumíferos, conforme declaração de entrevistados:

Este tipo de regulamentação envolve fortemente o setor produtivo, seja controle de tabaco, açúcar, sal, conservadores, e o Congresso Nacional não atua com a velocidade e isenção necessárias para o benefício da população brasileira. **(Entrevista E03)**

[...]na área da promoção e prevenção o *lobby* é não legislar. Imagine lei que proíba bebida açucarada, cigarro, controle o sal [...] a Anvisa 'peitou' algumas brigas [...].**(Entrevista A01)**

Proporcionalmente oposto ao anterior, outro ponto diz da possível omissão do poder legislativo em face de eventual permissibilidade da normativa infralegal, quando considerado o interesse público:

Outro exemplo são os agrotóxicos, que mesmo proibidos no exterior têm sido liberados para venda no Brasil e novamente o Congresso Nacional não legisla para equiparar o Brasil à situação de proteção da população dos países mais avançados do mundo. Tabaco e agrotóxicos são exemplos clássicos de oposição entre a omissão do legislativo e o interesse da população. **(Entrevista E03)**

Há mais ainda, o debate alcança questões relacionadas com o conflito entre o interesse coletivo e as liberdades individuais:

[...] é que no Brasil há legislação sobre tudo ao passo que nem tudo deve ser legislado e algumas competências devem, sim, estar a cargo do poder executivo. [...] Não é preciso legislar sobre todos os assuntos. O Ministério da Saúde tem que atuar na prevenção e na promoção e não pode querer que o legislativo sempre interfira nas liberdades e escolhas individuais. **(Entrevista E02)**

Em geral, as leis que dizem respeito aos controles em prol da prevenção de doenças ou da promoção à saúde exigem vigilância, fiscalização e atuação estatal. A afirmativa é válida para o controle do tabaco, para o uso nocivo do álcool, mobilidade no trânsito, violência, dentre outros. Desde o ano 2011, as violências são registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação

(SINAN), sejam elas alvos de regulação legislativa ou normativa, como é o caso da violência doméstica; sexual; violência psicológica ou moral, negligência e abandono; violência autoprovocada; trabalho infantil; tráfico de pessoas; violências homofóbicas; sendo majoritários os registros que referem diferentes tipos de violência contra o sexo feminino. Tais registros colaboram com diferentes iniciativas e, em especial, com a elaboração de políticas ou programas de ação estatal para minimizar ou conter as ocorrências, além de reduzir ou eliminar os danos.

Malta *et al* indicam que mesmo decorridos 30 anos de criação do SUS, as ações de promoção 'não foram consolidadas a ponto de alterarem de forma expressiva o modo de produzir saúde e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença' (125).

Nesse sentido cabe ainda ponderação originada de entrevista, segundo a qual os debates no campo da saúde em prol da prevenção e da promoção têm se estreitado, em desrespeito ao que pretendeu a VIII CNS e que leva à subcategoria seguinte:

É preciso retomar os debates da VIII CNS. O foco na assistência, secundariza os debates de prevenção e promoção, de determinantes e condicionantes sociais. Esse é um ponto que não avançou da VIII CNS para os dias de hoje. **(Entrevista A03)**

5.3.5 Subcategoria Atenção à Saúde

A VIII CNS pretendeu que o 'novo sistema de saúde' fosse regido pela universalidade, equidade, atendimento humanizado e compatível com o desenvolvimento tecnológico e com os recursos disponíveis, e especialmente, atendimento oportuno, conforme as necessidades. Essa expressão pode ser a tradução mais adequada ao princípio da integralidade, conforme argumentou um dos entrevistados:

Na verdade, entre os princípios e diretrizes do SUS, a integralidade é a de mais difícil cumprimento exatamente porque ela exige garantias prévias: acesso, hierarquização, é preciso garantir a 'verticalização' e a 'horizontalização' da saúde. A integralidade exige funcionamento pleno do sistema de saúde. **(Entrevista E01)**

Por ser pretensão ampliada e complexa, mesmo que passados mais de 30 anos, sobre os quais houve muitas análises, ainda é passível de incrementos e outras tantas interpretações. Recorre-se ao original (3):

O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

III- atinentes às condições de acesso e qualidade

- a) universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas;
- b) equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção;
- c) atendimento oportuno segundo as necessidades;
- d) respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;
- e) atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis;
- f) direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças;
- g) direito à assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente.

Ao usar lição de Minayo na análise dos 20 anos do SUS, tem-se que esforços foram envidados para que a organização do SUS atuasse com ênfase na atenção primária, de modo a minimizar o modelo 'hospitalocêntrico' permitindo que o acesso aos serviços e ações públicas de saúde estivesse nos locais de residência. Conforme a autora, obtiveram-se resultados que 'se não perfeitos e satisfatórios, estão longe de ser desprezíveis'. A afirmativa é válida para os dias atuais (126).

A organização para o SUS pretendida pela VIII CNS, ao tempo em que apresentou conceitos voltados à macro transformação, tais como a universalidade, a integralidade, a participação social, também pretendeu a valorização de condições subjetivas relacionadas ao ser humano, saudável e/ou adoecido, e sua relação com o Estado, a sociedade e a família.

Sob tal enfoque, o conjunto legislativo que compõe a subcategoria 'atenção à saúde'⁴⁵ diz respeito, em geral, às leis que determinam ao SUS

⁴⁵ Cite-se, exemplificativamente: (i) Lei n. 7.649, de 25 de janeiro de 1988 que estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências; (ii) Lei n. 7.670, de 8 de setembro de 1988 que estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) os benefícios que especifica e dá outras providências; (iii) Lei n. 9.273, de 3 de Maio de 1996 que torna obrigatória a inclusão de

fixação de nova regra ou alteração de regra/padrão existente para atender segmento da população e/ou prover universalmente ação ou serviço de saúde.

É inegável que o SUS tenha promovido inclusão social. Tanto sua estrutura, quanto sua produção anual é de tal magnitude que é considerado um dos maiores mercados para as tecnologias de saúde do mundo.

Para além da produção de ações ambulatoriais básicas e especializadas; exames diagnósticos laboratoriais e de imagem; e, hospitalizações, para o mercado de medicamentos, o Brasil, em 2022, será o 5º maior consumidor mundial, sabendo que o consumo majoritário é do sistema universal de saúde (127).

É inegável que o SUS cresceu, produz bons indicadores de saúde, alterou o quadro social brasileiro no seu campo de atuação, mas, segundo Bahia, não é único e nem universal (128).

Houve uma mudança considerável sob o ponto de vista do acesso às ações e serviços de saúde, entretanto, as formulações havidas para o sistema universal brasileiro, quando da VIII CNS, perderam potência na definição diuturna das políticas de saúde, em especial, no quesito financiamento e na arena com o setor privado.

dispositivo de segurança que impeça a reutilização das seringas descartáveis; (iv) Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências; (v) Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; (vi) Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005 que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; (vii) Lei n. 11.664, de 29 de abril de 2008 que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; (viii) Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012 que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; (ix) Lei n. 13.239, de 30 de dezembro de 2015 que dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher.

como exemplo a lei da fosfoetilonamina. A atuação do Congresso Nacional pode priorizar interesses privados em detrimento dos coletivos. **(Entrevista E03)**⁴⁶

A Teoria de Mudança aplica-se às subcategorias pertencentes à categoria Reformulação do Sistema de Saúde, desde o seu nascedouro, em suas escolhas conceituais e operacionais.

Os sistemas de saúde devem ser capazes de aprender com suas práticas, encontrando soluções para os problemas identificados. Pressupõe-se que a coleta diária de dados originados da prestação positiva das ações de saúde, o incremento de qualidade, os resultados das pesquisas avaliativas sejam contributo essencial para as inovações na realidade e para a criação de ciclos ininterruptos de aprendizagem, conforme pretende a Teoria de Mudança.

Segundo Roy, o futuro dos sistemas universais de saúde exigirá múltiplas intervenções alinhadas estrategicamente de forma a melhor conciliar as demandas relacionadas com os cuidados e necessidades dos indivíduos, com aqueles que atuam sobre os determinantes sociais. Para o autor 'os sistemas universais de saúde representam uma das grandes histórias de sucesso das sociedades modernas', mesmo que permaneçam suscetíveis às diferentes tensões e alteração das realidades sociais. Entende que as estratégias de governança e de gestão, cuja métrica dos resultados ultrapassa indicadores de eficácia, para adotar a noção de 'valor como uma bússola decisória' poderia funcionar como alavanca em prol da sustentabilidade e perenidade dos sistemas universais (110).

Para Roy, a noção de valor a ser concretizada em processos decisórios dos sistemas universais, está alicerçada em (110, pág. 24):

1) a integração dos saberes científicos, experimentais e contextuais para construir um julgamento justo e razoável sobre o valor; 2) a avaliação do valor em contexto real ao longo do ciclo de vida da inovação; 3) a apreciação e a retribuição do valor de um conjunto de intervenções realizadas para alcançar determinado resultado, e não de atos tomados isoladamente.

⁴⁶ Sobre o tema da Reprodução Humana Assistida, foi submetido artigo à Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo, em parceria com Delduque, MC e Dias Pereira, A sob o título "Reprodução Humana Assistida: Regulamentação no Brasil e em Portugal", com publicação prevista para o último trimestre de 2019.

Ao considerar que o núcleo dos sistemas universais está na atenção à saúde em seu sentido lato, é essencial que as leis sejam reconhecidas como intervenções no campo da saúde e que podem, ou não, contribuir para o alcance dos objetivos científicos, clínicos e sociais dos sistemas universais. Assim, sobre elas, dever-se-á utilizar as estratégias próprias das pesquisas avaliativas, devidamente associadas aos pressupostos da Teoria de Mudança, para a geração de valor.

5.4 FINANCIAMENTO: NA LEGISLAÇÃO FEDERAL E NO RELATÓRIO DA VIII CNS

Conforme salientado ao longo do texto, o Estado Brasileiro tomou para si, nos anos 1930, uma reorganização regida pela centralização política e administrativa. Por óbvio que tal reordenamento da máquina burocrática veio acompanhada de estatutos jurídicos, cujo pressuposto era a aptidão estatal de intervir social e economicamente.

Observa-se, então, a produção de determinação legal sobre capital nacional, capital estrangeiro, uma sedimentação sobre pressupostos da industrialização e não mais, exclusivamente, sobre a produção do campo. A lei nacional passa a estar relacionada com a busca pela generalização, à validade universal, com supremacia do atributo da impessoalidade.

Também se observa, o reconhecimento de políticas sociais como questão do Estado. Tal reconhecimento, sob o mantra dos 'interesses nacionais', inclui os interesses privados. O Estado passou a intervir em setores específicos, indicar sujeitos de direito, estabelecer padrões nacionais e montar uma estrutura estatal voltada para dar conta das questões sociais.

É comum encontrar descrito como marco inicial da previdência no Brasil a promulgação da Lei Eloy Chaves, de 1923, que criou a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) para categorias profissionais atuantes no âmbito da política e ligados aos interesses exportadores (como os ferroviários e os marinheiros). Nesse modelo, o percentual destinado à saúde era menor que 10%, sendo que os demais estavam destinados aos benefícios previdenciários,

como aposentadoria por invalidez ou por tempo de contribuição, bem como pensão por morte (6, 4).

As CAP foram transformadas nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) e a seguridade é tratada de forma fragmentada, conforme cada categoria profissional e a vinculação autárquica ao Ministério do Trabalho. Embora as caixas de previdência não tivessem participação estatal, eram instituídas pelo Estado, inclusive com determinação de filiação compulsória dos trabalhadores. Era uma forma de capitalização, tipo debatido no ano 2019 por ocasião das proposições de reforma da previdência, que criou uma hierarquização entre os trabalhadores observada sua capacidade contributiva, estabelecendo enormes disparidades entre os segmentos profissionais atrelados ao Estado e categorias como os trabalhadores rurais, domésticas e autônomos. Especialmente para os últimos, a proteção estatal era inexistente ou residual, seja para as relações do trabalho, seja para as incapacidades temporárias ou definitivas (6,7).

Os IAP distanciaram as carreiras do Estado das classes trabalhadoras menos remuneradas de forma muito visível. O cenário de desigualdade social era avistado em uma indústria que não conseguia mobilizar *per si* o setor produtivo, na modernização da agricultura para fins de exportação que não propiciou reforma agrária, tudo envolto num aparato burocrático e numa ordem jurídica que não foi capaz de contribuir com alteração significativa do quadro social (4,6).

Em 1930, com o Ministério da Educação e Saúde Pública, notam-se mais fortemente alguns dos elementos já tratados: (i) constituição de estrutura estatal dedicada às políticas públicas; (ii) bases jurídicas de âmbito nacional que resguardassem as opções estatais; (iii) acentuação da característica centralizadora e unificadora do Estado; (iv) expansão na oferta de direitos, ainda que precária (129).

Nos idos de Juscelino Kubitschek a intervenção estatal sobre a economia criou regramentos para integrar solidariamente capitais, sem, contudo, promover reformas administrativas. Os '50 anos em 5' foram planejados em um Programa de Metas que contou com estruturas paralelas à

burocracia tradicional, para conferir à atuação estatal agilidade decisória, controle e coordenação (129).

No final da década de 1960, houve a unificação dos IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que padronizou benefícios para os trabalhadores em geral, independentemente de categoria profissional, o que causou migração de pacientes (4).

Nos anos 1970, surgiu a 'programação', que veio exposta como motriz para o desenvolvimento e a modernização, impostos pela retórica oficial própria dos autocráticos e cujas prioridades são apresentadas como interesse geral da nação. A criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) destinou investimento na expansão do setor hospitalar (majoritariamente setor privado). Em 1977, com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), um mesmo órgão estatal passou a coordenar ações de saúde no nível médico-assistencial da Previdência Social.

Nos anos 1980, o dinamismo econômico, que aumentou a riqueza sem promover desenvolvimento humano, encontrou percalços: (i) crise do petróleo; (ii) redução da capacidade estatal de financiamento; e, (iii) a escalada da inflação. As décadas de 1980 e 1990 foram um rol de 'tentativas e erros' formado pelo conjunto dos planos econômicos. Tudo isso aliado a uma convivência diuturna com a inflação que impôs corrosão ao poder real de compra, levando, sem controvérsias, qualquer glória que pudesse ser colhida pelo planejamento, até a última década do século XX (129).

A conversão do INPS em Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) trouxe a diferenciação das atribuições previdenciárias daquelas referentes à assistência à saúde, já assumidas pelo INAMPS (6). Entretanto, nem sua extinção deu solução à dívida de valores previdenciários assumida pelo Ministério da Saúde, até então não ressarcida, conforme manifestação de entrevistado:

Nesta ocasião, conforme consta da tese de doutoramento do Gilson Carvalho com detalhes, o Ministério da Saúde assumiu uma dívida em prol da previdência social e nunca foi ressarcido. **(Entrevista A02)**⁴⁷

O levantamento histórico, apresentado de forma sumaríssima, tem por objetivo demonstrar, muito mais que cálculos econômicos ou qualquer acúmulo

⁴⁷ A tese mencionada está disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/TESEGC.pdf>.

de perdas financeiras do SUS, que o planejamento no Brasil, por seus diferentes instrumentos, tem fundamentos num discurso desenvolvimentista (129).

Na década de 1980 está o ápice do MRSB e, por conseguinte, a semente do SUS. Entretanto, é preciso, sob uma lupa crítica acerca dos movimentos estatais que se convertem em lei (seja na parte ou no todo), observar a institucionalização de padrões e de hierarquia, e principalmente, de que forma elas permitem que direitos sejam suportados pelos Estados. Interessam sobremaneira, o financiamento e os instrumentos pelos quais ele se constitui.

Tomada a própria CF/88, a atuação do Estado passa a ser avaliada por muitos elementos, entre eles o respeito universal às regras, que dão impessoalidade ao trato, seja com os indivíduos, mercado, políticas públicas, indicando a dominação da lei, conforme requerem os regimes democráticos. Nesse sentido, tem-se a lei determinando política pública.

Cientes que as políticas sociais são conjuntos de diferentes interesses, que assumem a mesma direção ainda que compostas por atores de distintas cenas políticas, com discursos divergentes, motivo pelos quais são multideterminadas. Entretanto, para muitos, tanto a intervenção, quanto o crescimento do Estado estão relacionados com as necessidades do próprio capital e às exigências sociais dos trabalhadores. Portanto, o financiamento das políticas públicas, entre elas, a da saúde, é capaz de servir a ambos (130).

O estabelecimento de rumos para o planejamento governamental no Brasil se organizou com a instituição dos Planos Plurianuais, de natureza quadrienal, que abarcam as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal, o que acabou se replicando nas constituições dos demais entes federados. As reformas ocorridas na última década do século XX aprofundaram o discurso de medidas desenvolvimentistas, com aspirações de aumento de produtividade e eficiência. Os discursos pró-reforma a relacionaram com movimento antagonista aos voluntarismos, dando a entender, tanto à categoria política quanto à sociedade que as novas técnicas, exatamente por serem técnicas, propiciariam eficiência alocativa, centrada em resultados. A incursão

do gerencialismo, com foco na eficiência, fez com que o jargão 'fazer mais, pagando menos' induzisse o pensamento 'reduzir despesas públicas não impacta na qualidade dos gastos' (129).

No Brasil, em face do princípio constitucional da eficiência inserido na CF/88 quando da reforma do final do século XX, a organização estatal passou a ser compreendida, com muito vigor, pelas figuras institucionais ligadas ao planejamento e que revelam, em maior ou menor medida, o *quantum* financeiro é destinado pelo Estado para uma ou outra intervenção.

O discurso de desenvolvimento e modernização acompanhou as ações estatais, possibilitando suas intervenções na economia, na regulação, nas relações privadas e nas políticas sociais. Toda atuação, individual, segmentada ou universal, tem fundo econômico, não que ele seja o único, mas existe de forma suficiente para relacionar políticas públicas à dimensão das desigualdades, da redistribuição de riquezas, e porque não, de justiça.

O planejamento pode ser visto como uma peneira que define 'como' e 'por quanto' se espera alcançar determinados resultados, e foi assim desde seus primeiros desenhos. Entretanto, há que se ponderar que os planejamentos não são totalmente 'técnicos', 'científicos' ou 'racionalizadores', uma vez que apresentam e assumem vieses que revelam os interesses de camadas sociais influenciadoras ou ainda dos próprios governos, em prol de marcas, de modelos econômicos liberais ou de bem-estar, de práticas populistas, e assim por diante (129).

A compreensão do planejamento está relacionada com a modernização, que por sua vez remete ao fio lógico do desenvolvimento, mas verdadeiramente, seus instrumentos revelam as prioridades da intervenção estatal, relacionadas com os mais diversos interesses, até mesmo do mercado.

Considerada a CF/88 e a reforma do final dos anos 1990, o planejamento e sua conseqüente destinação orçamentária vieram conformando categorias burocráticas, práticas funcionais e direitos. Isto porque as regras do planejamento impõem limites às atividades estatais e por tempos, estes limites esgotaram-se exclusivamente na compreensão de norma programática.

A reforma imposta por LC à CF/88 criou os instrumentos pelos quais se apresentará as subcategorias ora analisadas. Trata-se do Plano Plurianual (PPA), da Lei Orçamentária Anual (LOA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Tais peças se relacionam de modo que o PPA apresenta objetivos, metas e diretrizes da administração pública quadrienalmente, a LDO, as diretrizes para cada exercício, e a LOA, as autorizações para gasto neste mesmo exercício, dando materialidade ao previsto no PPA e nas diretrizes orçamentárias (129).

Nessa categoria estão, agrupadas em subcategorias, leis que dizem respeito aos planejamentos orçamentários de médio (a exemplo do PPA) e curto prazo (LOA), bem como as regras aplicáveis por tempo determinado (LDO) e aquelas que fixam ou alteram regras sobre orçamentos, execução financeira e contábil no âmbito da administração (fixação e alteração de regras). Também estão presentes os créditos orçamentários destinados ao Ministério da Saúde (créditos)⁴⁸, de forma a guardar a maior compatibilidade possível com o modelo vigente.

Para entender e estabelecer traços comparativos entre o pretendido pela VIII CNS e o conjunto de leis pertencentes a esta categoria, é preciso iniciar pela lição de Moretti (129, pág. 49):

Mudanças sociais baseadas em políticas públicas ou de ordem legal, por exemplo, podem se originar de movimentos sociais organizados ou das articulações entre estes, burocracias e forças políticas de modo a alterar os padrões valorativos institucionalizados, com repercussões sobre a identidade dos grupos.

⁴⁸ Cite-se, exemplificativamente: (i) Lei n. 7.544, de 3 de Dezembro de 1986, que estima a Receita e fixa a Despesa da União para o exercício financeiro de 1987; (ii) Lei n. 7.634, de 3 de Dezembro de 1987, que autoriza o Poder Executivo a abrir créditos suplementares até o limite de Cz\$ 105.000.000.000,00 (cento e cinco bilhões de cruzados) e dá outras providências; (iii) Lei n. 7.711, de 22 de dezembro de 1988, que dispõe sobre formas de melhoria da administração tributária e dá outras providências; (iv) Lei n. 7.730, de 31 de Janeiro de 1989, que institui o cruzado novo, determina congelamento de preços, estabelece regras de desindexação da economia e dá outras providências; (v) Lei n. 8.024, de 12 de Abril de 1990, que institui o cruzeiro, dispõe sobre a liquidez dos ativos financeiros e dá outras providências; (vi) Lei nº 8.173, de 30 de Janeiro de 1991, que dispõe sobre o Plano Plurianual para o quinquênio 1991/1995 e dá outras providências; (vii) Lei n. 9.069, de 29 de Junho de 1995, que dispõe sobre o Plano Real, o Sistema Monetário Nacional, estabelece as regras e condições de emissão do Real e os critérios para conversão das obrigações para o REAL, e dá outras providências; (viii) Lei nº 13.408, de 26 de Dezembro de 2016, que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2017 e dá outras providências; entre outras.

No tema do financiamento, o relatório final da VIII CNS trouxe elementos indicativos: orçamento para a saúde, fixado a partir de percentual das receitas, a ser movimentado em fundos próprios, com descentralização para os entes subnacionais, preservado de qualquer decréscimo (3):

No tema financiamento houve alto grau de consenso sobre alguns princípios importantes que devem orientar a política de financiamento setorial. O relatório parece mais indicativo do que conclusivo, revelando que esta discussão exige um maior aprofundamento. [...]

Tema 3 – Financiamento do Setor Saúde

Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga.

Os Fundos de Saúde, nos diferentes níveis, serão geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada.

Os recursos destinados à saúde serão determinados através da pré-fixação de percentual mínimo sobre as receitas públicas.

O financiamento do sistema de saúde será responsabilidade do Estado a quem cabe levar uma política de descentralização, articulando a participação efetiva dos Estados e Municípios com uma ampla e profunda reforma tributária.

Deu ênfase ao financiamento da previdência social, para que sua organização e execução se desse de forma separada da saúde, sem onerar a classe trabalhadora e os inativos, minimizando privilégios de determinadas categorias (3):

Os recursos da Previdência serão gradativamente retirados do financiamento das ações de saúde, devendo ser substituídos por fonte(s) alternativa (s), permitindo melhorar as prestações pecuniárias (aposentadorias, pensões, etc). Os recursos financeiros da Previdência Social devem destinar-se exclusivamente para custear um seguro-social justo aos trabalhadores [...] e utilizado somente para a concessão de benefícios e aposentadorias igualitárias para trabalhadores rurais e urbanos.

Os recursos oriundos das contribuições compulsórias da Previdência Social das empresas devem deixar de incidir sobre a folha de salários, passando a ser calculados sobre os ganhos do capital. Isto implicará em maior estabilidade das receitas previdenciárias e impedirá o repasse para o consumidor. Por outro lado, tal forma de cálculo de contribuição à Previdência deixará de penalizar as empresas intensivas em mão-de-obra.

O percentual de desconto do salário dos trabalhadores deverá ser reduzido, adequando-se à nova realidade. O desconto dos aposentados deverá ser suprimido.

Da mesma forma, do texto do relatório final da VIII CNS (3):

A descentralização, um dos princípios propostos para a reorganização do sistema de saúde, só se concretizará mediante uma reforma tributária que:

- *elimine a atual regressividade das formas de financiamento da política de saúde;
- *estabeleça fontes estáveis de receita para que os programas de atenção à saúde não fiquem comprometidos nas conjunturas recessivas;
- *garanta maiores recursos aos Estados e Municípios para que estes desenvolvam seus programas;
- *assegure ao Governo Federal a capacidade de reduzir as desigualdades regionais;
- *elimine as deduções do imposto de renda das pessoas jurídicas relativas ao gasto com assistência à saúde e à alimentação;
- *reveja critérios de dedução do imposto de renda das pessoas físicas com o pagamento dos serviços de saúde;
- *crie instrumentos de taxação de bens de consumo nocivos à saúde como fonte adicional de receita para o setor;
- *acrescente como fontes adicionais a taxação de indústrias poluentes, empresas de desmatamento e jogos de azar;
- *elimine a isenção de tributação sobre os ganhos totais de categorias "privilegiadas" (militares, magistrados e parlamentares);
- *destine obrigatoriamente para os Fundos de Saúde um percentual fixo sobre os seguros obrigatórios de veículos;
- *tribute as empresas proporcionalmente ao número de acidentes de trabalho, como mecanismo financeiro coercitivo de estímulo à sua prevenção.

O sistema de saúde brasileiro, por óbvio, também está submetido às regras gerais de planejamento orçamentário, execução financeira e contabilização, aplicáveis à administração pública. O SUS é financiado por meio de impostos gerais e contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), portanto, o seu financiamento tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual, distrital e municipal ⁴⁹.

⁴⁹ A EC n. 95 congelou as despesas primárias do governo Federal por 20 anos, ao estabelecer um teto que será corrigido pela inflação (medida pelo IPCA), o que reduzirá a despesas com políticas públicas em proporção do PIB, impedindo a utilização dos aumentos futuros de arrecadação. Essa mesma regra de correção do teto vale para a correção anual da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde. Nesse cenário, o subfinanciamento do SUS tende a se agravar, uma vez que a população continuará crescendo e envelhecerá rapidamente: o percentual de pessoas com mais de 60 anos aumentará de 12,1% (2016) para 21,5% (2036) durante o período do congelamento. Nesse contexto, os governos estaduais e municipais não conseguirão compensar a redução da aplicação de recursos da União, seja devido à crise fiscal que afeta as três esferas de governo, seja, no caso dos municípios, por já aportarem montante de recursos bastante acima do limite mínimo estabelecido em lei (Lei 141/2012). (Vieira e Benevides, 2016).

O financiamento do SUS, historicamente, não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público. O relatório final da VIII CNS já mencionava ‘regressividade’ do financiamento estatal em prol da saúde pública, e o SUS dispõe de menor volume de recursos públicos para o atendimento às necessidades de saúde da população do que foi previsto por ocasião de sua criação (31). A afirmativa dos doutrinadores, embora não pacificada, reverberou nas entrevistas:

O financiamento é insuficiente, irregular e com tendências de piora. Ao se considerar que em 1993, 70% dos valores eram bancados pela União e hoje, 42% são da União. Mesmo sendo mais pobres, os entes subnacionais sustentam a maior parte da política pública. Os governos, desde o que criou o SUS até o de hoje, todos eles, não se articularam de forma suficiente para alterar o quadro exposto. **(Entrevista E03)**

A legislação federal não trata ‘isonomicamente’ os entes no que diz respeito ao financiamento desde as disposições transitórias da CF, ocasião em que já cabia à União sustentar majoritariamente as ações e serviços de saúde. Com a fixação dos mínimos para Estados, DF e Municípios o peso do financiamento foi depositado verdadeiramente sob os ombros dos entes subnacionais. **(Entrevista J02)**

A regra fiscal beneficia e protege o governo federal, tanto assim que ao longo do tempo, desde 1986, início do estudo, até os dias atuais, vemos uma queda no financiamento do SUS pelo governo federal e um aumento pelos estados e municípios, principalmente municípios. É estatístico, comprovado pelos números. **(Entrevista L01)**

Proporcionalmente, em face das arrecadações, o município é o ente mais sacrificado, seguido dos estados e a União. Mesmo sendo a que mais arrecada não tem tanto peso no financiamento público da saúde e vem se desobrigando a cada dia. **(Entrevista A03)**

O alcance do objetivo de universalização do SUS pressupõe acesso aos diferentes níveis de atenção, perfazendo a integralidade constitucionalmente prevista. Para tanto é preciso financiamento adequado e sustentável, o que vem sendo colocado à prova, segundo opinião de entrevistado:

Cerca de 85% da população que está no Brasil usa a assistência à saúde e 100% dos que estão no país usam o SUS em alguma medida. O financiamento da saúde, do que me é dado a conhecer, vive a restrição da PEC aprovada, o que obriga o administrador ao remanejamento dos recursos que já estavam disponíveis. Isso revela um cobertor curto demais e, portanto, algumas áreas vão ficando descobertas, como a atenção básica, os leitos hospitalares. A curva do financiamento é descendente. **(Entrevista J02)**

Há deterioração fiscal dos Estados, que estão reduzindo aportes financeiros no SUS, os municípios estão asfixiados e tendem à

redução. A União, conforme explicitado pela emenda do 'teto de gastos', com cortes fiscais que anuncia, também está reduzindo. O sistema passa por um estrangulamento num financiamento que já não era adequado e nem suficiente e neste momento, a redução ocorre nas três esferas de poder. **(Entrevista L01)**

Em que pese ter havido a aprovação da EC n. 29, regulamentada mais de uma década depois pela LC n. 141, os debates sobre a incompatibilidade entre os aportes de recursos públicos e os objetivos do SUS são recorrentes, conforme se lê da manifestação de entrevistado:

O financiamento do SUS teve ao longo desses anos duas características: é irregular e é insuficiente. Há uma contradição evidente entre a missão que foi dada ao sistema e a insuficiência do financiamento. **(Entrevista E03)**

É de se destacar que os entrevistados consideraram existente e indubitável a diferença de tratamento entre o ente nacional e os subnacionais, no que diz respeito à fixação de percentual de receitas a ser destinado ao SUS:

No que diz respeito ao financiamento, ainda que bem estabelecido, não há clareza sobre as obrigações da União. [...] Em relação aos Estados e Municípios, estes sim, com percentuais legalmente definidos, tem-se anunciado forte crise para o financiamento do sistema. Já se constata queda no valor aplicado por parte dos Estados, devido à deterioração fiscal que têm vivido, o que tende a estender-se aos municípios, já sufocados. Os entes subnacionais estão penalizados em face da saída gradativa da União, do financiamento da saúde. **(Entrevista L01)**

A EC 29 que indicou percentuais de aplicação financeira em saúde foi favorável ao sistema naquele momento, mas a sua fragilidade esteve no longo tempo de espera para a regulamentação e na falta de fixação compatível de valor para a União. **(Entrevista E03)**

Ocorre que estados e municípios estão sendo sacrificados paulatinamente, e quando da vinculação que obrigou prefeitos e governadores a aplicarem percentual fixo em saúde, draconianamente, a União não teve tal imposição, estando submetida a uma regra 'mais frouxa' [...]. Esse 'benefício' para o governo federal acabou se revelando uma covardia por dois motivos, o primeiro é que criou regra para o ente subnacional e a segunda por ser o ente com maior recolhimento de receitas. **(Entrevista E03)**

A EC n. 86 reconhecida como "Emenda do Orçamento Impositivo" foi alvo do ajuizamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 5595 interposta pela Procuradoria Geral da República, com fundamento em que implicará em redução no orçamento da saúde, violando preceitos constitucionais caracterizando prejuízo ao SUS, situação agravada pelo

advento da EC n.95⁵⁰. Cita, por ser oportuno, que segundo os dados constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no ano 2018, os municípios alcançaram a média de 22,93%, enquanto Estados e DF aplicaram 12,99%. A União investiu 2,41% mais que no ano 2017, entretanto, valor menor que a inflação do período⁵¹.

Os posicionamentos dizem respeito ao movimento ‘Saúde + 10’ que tratou de projeto de lei de iniciativa popular (PLP), não levado a cabo pelo Congresso Nacional⁵², também repisam questões relacionadas às recentes EC n.86 e n. 95, consideradas regulamentadoras da política de austeridade vigente no país, desde o ano 2016:

No começo, 70% do orçamento da saúde era federal e Estados e Municípios não tinham parâmetros. A primeira tentativa de parametrizar foi a EC 29, que fez um escalonamento, sendo que para a União, era o gasto no ano anterior acrescido da variação do PIB, num país em crescimento há uma compensação, como não houve, o financiamento pela União só decaiu. Isso não se deu propositalmente, foi o cumprimento de regra [...] **(Entrevista E01)**

Historicamente temos um pouco de financiamento na Constituição, posteriormente os itens foram vetados na lei ordinária e salvos pela lei de participação da comunidade. Depois, vieram a EC 29 e a lei complementar 141. Houve o movimento em prol do aumento do financiamento para a saúde: “saúde + 10”, um dos poucos projetos de lei de iniciativa popular e que não foi adiante no Congresso Nacional até o ponto de ser ignorado. Depois veio a EC /86 que altera o financiamento até que se chega na ‘PEC da Morte’ que é a EC 95. É um panorama desesperador! **(Entrevista A03)**

[...] não foi possível identificar adesão de governadores ou de residente da república aos movimentos para aumento de financiamento promovido pelos gestores e do Conselho Nacional de Saúde. É a demonstração da não priorização de financiamento para a saúde. **(Entrevista E03)**

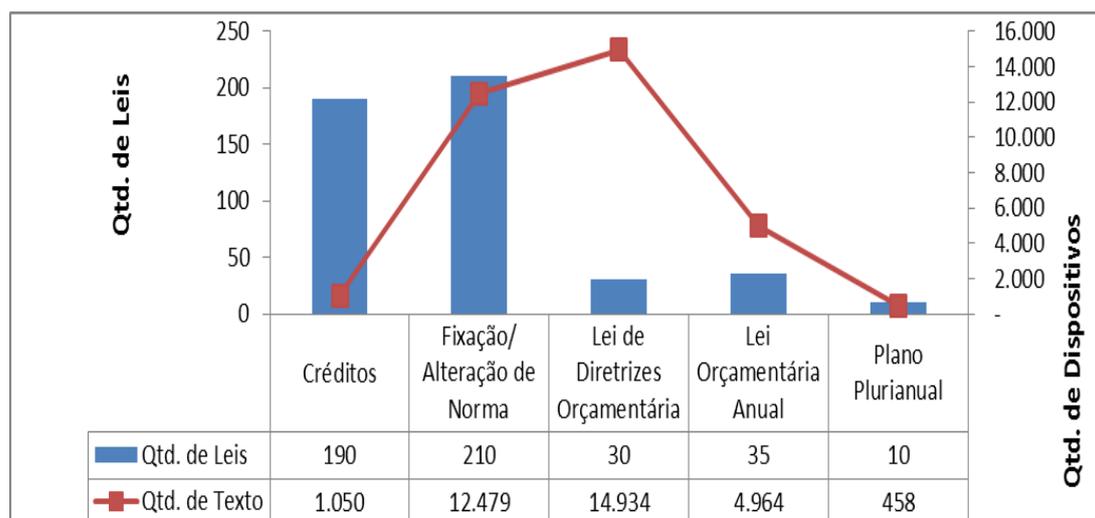
⁵⁰ Em janeiro de 2017, o STF por seu ministro Ricardo Lewandowski, relator da ADI, deferiu liminar para suspender a eficácia dos art. 2º e 3º EC n. 86/2015, na medida em que considerado o ‘novo’ regime orçamentário que submete o piso federal da saúde a partir de 2018 (EC 95) pode agravar o “quadro crônico de subfinanciamento da saúde pública do país, que causa mortes e agravos evitáveis à saúde dos cidadãos brasileiros”. [internet]. Acesso aos 23.07.2019. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5056708> e <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=359512&caixaBusca=N>.

⁵¹ O SIOPS está disponível em: www.siops.gov.br. As médias foram calculadas em 23.07.2019, conforme os dados disponíveis na ocasião. Sobre o tema foi submetido artigo denominado ‘A Importância Social do SUS’, em parceria com Almeida, LL e Terrazas, FV, a compor livro em homenagem à professora Maria Célia Delduque, a ser publicado até o último trimestre de 2019.

⁵² Sobre o tema: Vieira FS; Benevides RPS. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Ipea, 2016a. (Nota Técnica, n. 28).

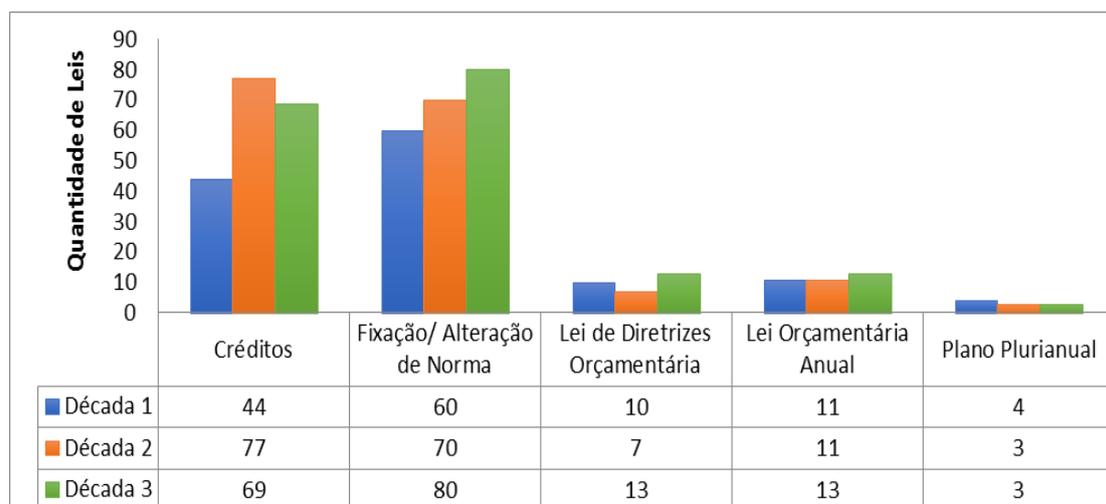
A categoria 'Financiamento' tem 475 leis que somaram mais de 33,8 mil dispositivos, conforme se demonstrou na Tabela 3 (pág. 38). Para a realização das entrevistas utilizaram-se os gráficos que trazem comparações entre as subcategorias elencadas, a produção legislativa em décadas e conforme os governos executivos federais.

Gráfico 7 - Legislação Federal sobre Saúde - Categoria: Financiamento x Subcategorias Seleccionadas, Brasil, 1986-2016



Fonte: Fonte: elaboração da autora, a partir de dados disponíveis no *software* de organização jurídica.

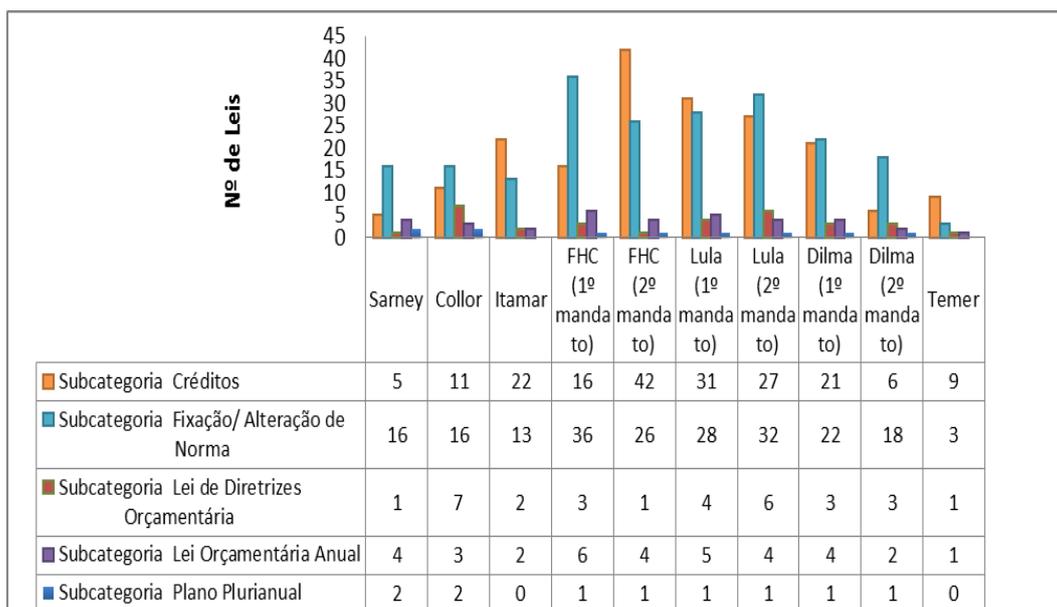
Gráfico 8 - Legislação Federal sobre Saúde: Categoria Financiamento x Subcategorias Seleccionadas x Décadas, Brasil, 1986-2016



Fonte: Fonte: elaboração da autora, a partir de dados disponíveis no *software* de organização jurídica.

Década 1: 01.01.1986 / 31.12.1995. Década 2: 01.01.1996 / 31.12.2005 . Década 3: 01.01.2006 / 31.12.2016.

Gráfico 9 - Legislação Federal sobre Saúde: Categoria Financiamento x Subcategorias Seleccionadas x Governos, Brasil, 1986-2016



Década 1: 01.01.1986 / 31.12.1995. Década 2: 01.01.1996/ 31.12.2005 . Década 3: 01.01.2006 / 31.12.2016.

Passa a apresentar as subcategorias.

5.4.1 Plano Plurianual (PPA)

O conjunto de leis agrupado nesta subcategoria tratou dos planos plurianuais que tiveram vigência durante o período estudado, numa soma de 10 leis e mais de 400 dispositivos, que dão ênfase, conforme demonstra a figura 21 às palavras: 'gestão', 'programas', 'leis', 'metas', 'valor'.



Figura 21 - Nuvem por frequência de palavras: subcategoria PPA, Brasil, 1986-2016

Fonte: elaboração da autora, a partir de dados inseridos no NVIVO¹².

O senso comum tem para si que em se tendo poucos meios, é preciso organizar e priorizar as formas de atender aos problemas dos cidadãos, dos usuários das políticas públicas. E como isso tem funcionado ao longo desse tempo? Para que intenções políticas (impostas nas autocracias e motivadoras de vitórias nas democracias) sejam convertidas em programa, projeto ou política pública, elas devem estar inseridas na metodologia da máquina estatal.

Recorre-se à lição de Moretti (129, pág. 208):

Resulta daí uma visão clara da função do planejamento. As intenções dos agentes e áreas de política pública – ainda que possam ser formuladas com base em processos de larga participação social ou acordos entre gestores de todos os níveis da federação (a exemplo de decisões no âmbito do Sistema Único de Saúde, tomadas por Comissões que reúnem União, Estados e municípios) – só se concretizariam na medida em que fossem “validadas” por aqueles que detêm a missão de racionalizar a máquina estatal e transformar sua cultura em direção à consecução de resultados, dando-lhe foco.

No entanto, é preciso ter em mente que as intenções políticas serão ‘filtradas’ pelos especialistas e dispostas no modelo PPA, a partir do cumprimento de requisitos legais vigentes. Entretanto, o ‘filtro’ imposto pelos planejadores ou executores, uma vez que quase nunca se tratam dos mesmos especialistas, ocorre num ambiente eivado de limitações: (i) não é possível conhecer toda a complexidade do fenômeno sobre o qual se pretende intervir, considerando que há o que é conhecido e avaliado, o que é apenas conhecido e o que nem é conhecido; e, (ii) não há meios para se controlar todas as possibilidades existentes na intervenção e no ambiente em que ela ocorre.

A intenção legislativa é que haja compatibilidade entre o documento que revela os objetivos a serem alcançados (PPA) no período de quatro anos e a disponibilidade orçamentária, para que se obtenha a transformação social pretendida pelas prioridades elencadas nos instrumentos de planejamento. Assim há problemas, objetivos, público-alvo, métrica para aferição de resultados alcançados, finalidade, entre outras descrições.

Há um pressuposto de que os recursos só devem ser executados quando devidamente previstos no PPA. Sob tal ponto de vista é que os

problemas devem ser analisados, assumido um conjunto de causas e a atuação sobre elas passa a denominar-se ação orçamentária.

Sobre as ações orçamentárias há recursos devidamente identificados e metas a serem perseguidas, portanto, 'quanto' será feito e por 'qual o valor', o que seria, ao menos em tese, a demonstração factual do princípio da eficiência. No 'mundo ideal' as ações orçamentárias identificariam a necessidade real da sociedade e para tal necessidade haveria a alocação suficiente de recursos, entretanto, o objetivo básico é o *superavit/deficit* primário, cuja fixação de meta é o próprio início da elaboração do orçamento⁵³ acarretando ajustes consequentes.

A partir da fixação da meta e a estimativa da receita ocorre a fixação de despesas. A aprovação pelo Congresso Nacional corresponde a uma autorização de gasto, que não se converte em obrigação, dadas as possibilidades de: frustração de receitas, políticas de austeridade, congelamentos de despesas, contingenciamentos, dentre outras.

Ao considerar que os objetivos serão fixados conforme a disponibilidade financeira e não o contrário há que se entender que o critério necessidade/possibilidade passará pela discricionariedade do administrador, na parte ou no todo.

Neste ponto recorre-se novamente à Teoria de Mudança para quem os desafios não podem ser obscurecidos quando da planificação e a possibilidade de escalonamento deve ser reconhecida, para terem seus objetivos fracionados e enfrentados no tempo. Somente o reconhecimento das verdadeiras necessidades é que possibilita a maximização de resultados, executados a partir de frações ou unidades (75,76).

⁵³ O formato para a política fiscal emergiu das negociações com o Fundo Monetário Internacional (FMI) que impôs condicionalidades para a liberação de recursos de empréstimo, cuja intenção de impor rota de uso responsável de recursos públicos acabou por dirigir as escolhas dos Estados nacionais, a um padrão homogêneo, baseado na ideia da disciplina fiscal. Com a redução dos voluntarismos, a partir da adoção e a explicitação de regras, com a minimização do risco a estabilidade, mediante controle das contas iniciado pela fixação, por lei, de *superávit* primário. A lógica do controle fiscal se consolidaria com a aprovação LRF em 2001, que definia, para toda a federação, um conjunto de limites à contratação de despesas e à geração de déficits e dívidas. (129)

Os planejamentos acabam por espelhar os relatórios de gestão, que historicamente apresentam-se como relatórios de prestação de contas, com mais dados da ordem contábil, destinados aos especialistas em orçamento e auditoria, que a própria forma de atuar, a demonstração de resultados alcançados e valores criados ou firmados na sociedade, apresentados de forma crível para a compreensão dos cidadãos. Tal afirmativa tem eco em entrevista:

O que se percebe é um baixo nível de adesão popular aos instrumentos de planejamento como o PPA, a LOA e a LDO que são providos de vocabulário muito técnico e inacessível [...] **(Entrevista A02)**

Desde o ano 2000, o PPA apresentou planejamento e orçamento com linguagens muito semelhantes, senão idênticas. O PPA é especificado até o nível de ação, em que estão identificados os recursos orçamentários, culminando no fato de que resultados e produtos estejam associados aos gastos e não aos resultados alcançados pelas políticas públicas. Tal desenho foi alterado no início do século XXI, conforme se tratará na subcategoria: 'Créditos'.

Ao pensar sobre a possibilidade de que o padrão metodológico do PPA resulte em contenção de necessidades pela imprevisibilidade (intencional ou ocasional), pelo silenciamento de grupos sociais cujos interesses não estejam representados, pela restrição às inovações na gestão quando estranhas ao modelo de gasto público aceitável pela avaliação de controle, no incitamento à punição aos gestores que tomam para além do menor preço a criação de valor e de cidadania, a primazia dada à métrica da eficiência não é capaz de revelar alterações sociais porventura promovidas.

Há mais, em uma priorização (quase exclusivista) do 'fazer mais por menos', o PPA não responde pelo custo de 'não fazer', pela 'competitividade estabelecida pelo mercado' e 'pelo protecionismo':

Tem também uma espécie de pensamento que é vendido, especialmente em momentos de crise, de que o setor público é ineficiente por definição e o privado é eficiente, então a solução seria privatizar o setor público da saúde, que é uma tamanha simplificação, um banalismo, e que no final acarreta certas barganhas em prol do setor privado, que se aproveita da debilidade de financiamento do setor público. É um tema do mercado que a competitividade gera bom

preço e boa qualidade, mas essa é uma premissa que não vale para a saúde, porque não há escolha do produto, escolhe-se apenas o profissional, que por vezes lhe determina o uso de itens nocivos e até letais. **(Entrevista A01)**

Outro ponto de análise, e que para esta tese interessa sobretudo, perpassa a questão da avaliação. A descrição do planejamento, que detalha produtos e metas, faz ver a 'cadeira', mas não necessariamente a 'sala' ou a 'casa'. É uma estrutura que privilegia a avaliação *a posteriori* praticada por órgãos de controle, e não aquela necessária para o aprimoramento da atuação do Estado⁵⁴.

A prática da avaliação com o objetivo de controle estabelece uma vinculação do comportamento do gestor ao cumprimento de detalhamentos procedimentais exigidos pelas regras, mais para responder aos controladores que necessariamente para responder efetivamente aos problemas sociais ou incrementar resultados:

Atualmente os órgãos de controle possuem quadro técnico qualificado e bem remunerado capaz de trabalhar com avaliação de políticas públicas, com o objetivo de apontar diretrizes e não para 'colocar cadeado em porta arrombada'. Os tribunais de contas estão trabalhando como órgãos policiais, deixando de construir modelos avaliativos e preventivos em prol da gestão. A atuação dos tribunais de contas, da forma que está depende do erro e do fracasso da gestão. **(Entrevista E02)**

A estrutura do PPA induz ao pensamento de que a política pública pode assemelhar-se a um ciclo produtivo na medida em que demonstra que um programa atua sobre determinado público alvo e gera produtos quantificáveis e economicamente mensuráveis.

Entretanto, aferições exclusivamente econômicas não dão guarida a uma série de elementos que devem ser considerados nas políticas públicas, ensejando que as avaliações alcancem a efetividade das ações e dos serviços, e se possível, apreendam as alterações sociais.

Atualmente, apesar de o setor público responder por elevado percentual da renda nacional, seus instrumentos de planejamento não se aproximam da

⁵⁴ Decreto 3.591, de 2000. Art. 2º O Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal tem as seguintes finalidades: I - avaliar o cumprimento das metas previstas no Plano Plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União [...] (BRASIL, 2000) *apud* Moretti. (129)

aferição de criação de valores e mudança de comportamentos sociais, como a assunção de direitos de cidadania pela população.

Talvez a soma dos fatores já comentados tenha feito do PPA o instrumento de menor impacto para a execução, na medida em que obtém rubricas, mas não autoriza gastos, ganhando contornos meramente procedimentais.

Independentemente de qualquer crítica que se tenha sobre o PPA, a ele cabe a previsão de despesas, cuja execução carecerá de detalhamento e das condições da macroeconomia.

As despesas previstas no PPA, sob a forma de ações, migrarão para o orçamento, que apresentará o detalhamento das intenções de gasto. O destaque está na importância da lei como determinação para a ação do Estado, ratificando sua capacidade de intervir, sendo naturalmente carecedora de avaliação.

5.4.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

Conforme se lê dos gráficos pertencentes à categoria Financiamento, o conjunto legislativo que diz respeito às leis de diretrizes orçamentárias agrega 30 leis, que perfazem aproximados 15 mil dispositivos.

A LDO⁵⁵ funciona como orientadora para a elaboração da LOA, de modo a que guarde compatibilidade com os alcances pretendidos pelo PPA, conforme reverbera a figura que segue, observadas as palavras 'orçamentária', 'recursos', 'fiscal', 'ministério' e 'execução':

⁵⁵ Conforme o artigo 165, § 2º da Constituição Federal, a LDO fixará as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente; orientará a elaboração da LOA; disporá sobre as alterações na legislação tributária; estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. O projeto de lei é de iniciativa do chefe do executivo e deve ser encaminhado ao Congresso Nacional até 15 de abril de cada ano.

podem estar disponíveis, sem, no entanto, haver possibilidade de contratação de pessoal para que funcionem.

A elaboração da LDO está associada, em primeiro plano, aos planejamentos setoriais, na medida em que versam sobre uma política pública e que, posteriormente, aí em segundo plano, serão submetidas às áreas de planejamento global, de função coordenadora e que buscarão, de forma generalizada (assim pretende a lei), atender ao esperado para o próximo ano de execução fiscal.

É essa linguagem que faz as amarras que demonstram, ou não, a eficácia da atuação estatal, apresentando em números, os resultados da intervenção do Estado. O que se tem é que a intervenção do Estado se inicia antes mesmo das formulações legislativas, está nas escolhas que a lei representará. Entretanto, mesmo sinalizadora das intenções estatais, a lei não é utilizada no campo da saúde como intervenção. Tal afirmativa aplica-se até mesmo às leis que dão corpo aos instrumentos de planejamento:

O financiamento é aquém das necessidades do sistema. Os custos são crescentes e o processo é de estagnação ou redução dos gastos em saúde. Como, no SUS, o atendimento é majoritariamente para setores que não detêm capacidade de vocalização, 'se convive com a tragédia'. **(Entrevista L02)**

Sobre as LDO, cabe ao planejador a apropriação do interesse coletivo, que fica vinculado ao poder racionalizador dos instrumentos de planejamento, e, por conseguinte, do próprio Estado. Tais instrumentos têm força, inclusive, para descolar as ações estatais dos próprios interesses dos governos ou de seus tempos de duração, e ainda assim não são tidos como intervenção.

Tomados o princípio de descentralização do SUS e a concentração de recursos financeiros no âmbito federal, os limites impostos pelas LDO ecoam nos entes subnacionais, quando da execução da política pública de saúde. Portanto, é de grande importância para o SUS, o comportamento do ente federal do sistema:

O poder é absurdamente concentrado no Ministério da Saúde, as categorias de repasse financeiro são decididas pelo MS e isso não quer dizer que o dinheiro não vá para lá (entes subnacionais), mas é preciso gastar conforme a regra do MS, o que não resolve o

problema. Isso não é descentralizar, na verdade é desconcentrar.
(Entrevista A01)

As LDO também lidam com diferentes elementos. Para além das especificidades do campo do planejamento, no caso da saúde, há reconhecida insuficiência do recurso financeiro, condicionamentos às transferências financeiras do ente federal aos subnacionais e a influência de grupos de pressão:

Há dois problemas, o primeiro é que o recurso é insuficiente e os recursos não são passados conforme as necessidades e as transferências têm sempre condições. Ter muito poder e muito dinheiro concentrados num lugar, facilita o abuso: grandes poderes, grandes responsabilidades. Não que seja um problema concentrar poder e dinheiro no Ministério da Saúde, mas num país latino em que a classe política ainda pratica a politicagem e está muito ligada ao *lobby* não contribui para um ambiente saudável. **(Entrevista A01)**

A área da altíssima complexidade é claramente capturada por setores de interesse: de organização, de vocalização, as empresas e isso aumenta a capacidade de vocalizar. **(Entrevista L02)**

Um antagonismo é que a responsabilidade pela entrega de ações e serviços é de estados e municípios. A União não entrega quase nada, mas a maior fonte de recursos está na União. **(Entrevista E02)**

Alguns dos debates relacionados às LDO também reverberam na subcategoria seguinte: a LOA.

5.4.3 Lei Orçamentária Anual (LOA)

Conforme se lê dos gráficos 7, 8 e 9 há 35 leis que referem planejamento orçamentário anual somando aproximadamente 5 mil dispositivos. A produção legislativa sobre planejamento orçamentário anual manteve estabilidade nas décadas, assim como nos governos. Estão agrupadas nesta subcategoria as leis principais sobre o tema, bem como suas respectivas leis alteradoras. Conforme já se vem discutindo, as LOA são a imagem do que será executado pelos governos durante o ano fiscal, subsumindo as intenções que não tenham sido contempladas no âmbito da lei.

As especificidades apresentadas no PPA são ‘anualizadas’ na LOA, fazendo a ideal aliança entre os planejadores e os executores das políticas estatais, cumpridas as condições impostas na LDO. Não ocorre de forma diferente no campo da saúde. Há setoriais de planejamento orçamentário no

emendas parlamentares tornaram-se impositivas, perdendo o gestor do executivo qualquer discricionariedade sobre elas.

As emendas parlamentares são uma espécie tipicamente nacional de 'remendo orçamentário'. Propiciam práticas voluntaristas aos congressistas e aos beneficiários. Alimentam o ciclo vicioso entre congressista, beneficiário, campanha eleitoral e eleitores. Muito raramente estão associadas aos interesses das diferentes políticas públicas e no mais das vezes são alocadas sem considerar os instrumentos de planejamento do município, da região de saúde e/ou do estado.

Inseridas, indubitavelmente nas LOA, a partir do fundamento constitucional inscrito no art. 166 da CF/88 em seu parágrafo 9º, as emendas equivalem no orçamento federal da saúde a mais de 7%⁵⁶ do orçamento do Ministério da Saúde e fazem, por espelhamento da regra federal, que tal prática se estenda aos entes subnacionais. No período estudado, as emendas individuais tornaram-se obrigatórias ao gestor subnacional, por meio da EC 86, o que seria posteriormente, no ano 2019, estendido às emendas de bancada partidária.

A 'emenda do orçamento impositivo', a EC n. 86, obrigou a execução das emendas individuais dos congressistas até o limite de 0,6% da Receita Corrente Líquida (RCL) do ano anterior para as ações e serviços públicos de saúde. A EC 86 também alterou a forma de cômputo dos royalties do petróleo no cumprimento do piso de recursos da União: de adicionais ao piso, passaram a ser considerados como parte do limite mínimo. Tal ocorrência foi explicitada por entrevistado:

Não é dinheiro novo e também escrevi um artigo criticando isso e a questão do pré-sal, que também entraria no limite existente. A emenda (parlamentar) não induz nada, atrapalha a política de saúde e serve para que o congressista afirme que tem trabalhado para suas bases. Entretanto, sabemos que não é assim e existem casos policiais que dizem o contrário. **(Entrevista A01)**

⁵⁶ Para saber mais sobre o assunto sugere: TD 2497 - As Emendas Parlamentares e a Alocação de Recursos Federais no Sistema Único de Saúde. [internet]. Acesso em 03.08.2019. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34936&Itemid=44

Enquanto os gestores sanitários devem ficar restritos aos limites dos instrumentos de planejamento, cujo estrito cumprimento os influencia em todas as decisões, sob pena de lhes serem aplicados os maiores rigores dos controladores, os parlamentares (legisladores) alocam seus interesses diretamente na lei, de forma descolada dos interesses das políticas públicas, sem se compromissarem com os órgãos de controle e impondo toda ordem de dificuldade institucional à execução pretendida.

Tais debates não escaparam aos entrevistados. Há a compreensão de que as emendas revelam, principalmente, barganha com finalidade eleitoral utilizada pelo poder legislativo com o ente subnacional, especialmente, municípios:

O legislativo entendeu que é importante e usa moeda de troca em benefício próprio e em detrimento do SUS, como é o caso das emendas impositivas. [...] As emendas correspondem a 1,2% do PIB (sic RCL) brasileiro, portanto, são os deputados que distribuem esse dinheiro pelo país. É o único país do mundo que se utiliza de emendas ao orçamento público e permite que o legislativo faça a alocação. Não é um tratamento isonômico em que a troca não é cooperativa e que não ocorre em países sérios. **(Entrevista E03)**

As emendas refletem um desequilíbrio de forças. Um executivo enfraquecido perde ou cede espaço para o legislativo, que entrincheira o direito na CF. **(Entrevista J01)**

As emendas são muito atípicas [...]. São alocações sem significado, um instrumento de politicagem baixo-nível. Minha impressão é a mais negativa possível e refere uma quantia absurda de dinheiro. Poderia ser uma semente de financiamento, um indutor, mas o deputado decidir o que será feito em cada cidade é um completo absurdo. **(Entrevista A01)**

As emendas parlamentares revelam uma diferença que o Brasil possui em relação aos EUA, aqui o executivo propõe um orçamento e o legislativo aprova, com inserção de emendas. Nos EUA, o legislativo propõe e aprova um orçamento – o que exige mais responsabilidade e capacidade de controle e negociação do legislativo. **(Entrevista L02)**

Os entrevistados reafirmam que as emendas estão descoladas das necessidades sanitárias, impondo aos gestores, além da disponibilização de financiamentos temporários e inócuos, dificuldades operacionais de toda ordem:

As emendas parlamentares não significam 'dinheiro novo' para a saúde e a lógica é que já pertencem ao Orçamento da União. É um tipo de orçamentação totalmente atípica, bizarra, e que os

parlamentares gastam ao bel prazer, conforme sua própria noção de relevância. Em sendo a decisão de se manter as emendas elas têm que ser melhor avaliadas, têm que estar contextualizadas às necessidades do setor no qual serão alocadas. Mas essa é outra moeda de troca que o parlamento possui e certamente não abrirá mão dela. Mas se existem que sejam mais bem reguladas. **(Entrevista A03)**

As emendas são um desastre. As impositivas duplicam o desastre. Não se consegue, e muitos tentaram fazer, com que os parlamentares casem as emendas com os planos de saúde ou com as prioridades do ministério. E as emendas contribuem para desorganizar o sistema. Enviam ambulâncias desordenadamente, no município onde se precisa de unidades básicas colocam hospital, é um desastre! **(Entrevista L02)**

As emendas são previstas na CF, mas o grande equívoco são as emendas impositivas. Com as emendas individuais dos congressistas, o Ministério passa a ser obrigado a cumpri-las no dinheiro do teto já disponível no orçamento federal da Saúde. **(Entrevista A02)**

As emendas impositivas individuais engessam o poder público e isso deixa a administração ao sabor dos interesses paroquiais dos parlamentares. A imposição deveria partir do pressuposto que os parlamentares fossem capazes de identificar as reais necessidades em saúde – ver a floresta e não a árvore. Mas não é isso que acontece, o parlamentar agirá para manter ou ampliar seus votos. Já as emendas de bancada obrigam os partidos a discutirem e a tendência é de qualificação do aporte financeiro. **(Entrevista J02)**

Também foi reconhecida a dificuldade de controle sobre as emendas parlamentares, em especial, porque os controladores são órgãos externos ao Executivo, são auxiliares do Legislativo:

Os congressistas acham que a emenda é um ‘mundo à parte’, colocam UPA⁵⁷, unidades de saúde totalmente descoladas da realidade sanitária local. Ainda que a emenda seja uma escolha do legislativo para o ente municipal ou ente federal, ela deve ser alocada conforme regras do SUS, conforme planos de saúde. Na medida em que elas cumprirem os planos, não há tanto mal, mas a realidade não demonstra tal prática. Quem poderia contribuir com a visão mais adequada para alocação de emendas são os órgãos de controle e que em geral, são órgãos auxiliares do legislativo – os donos das emendas – portanto, será muito complicado ter que lidar com isso. **(Entrevista L02)**

Sabendo que o Estado é uma arena de forças, cuja corrente majoritária tende a converter seu ‘legado’ em lei em um dado momento histórico, as posições serão examinadas e reexaminadas enquanto os interesses forem

⁵⁷ Unidades de Pronto Atendimento

socialmente representados. A próxima subcategoria a ser apresentada refere-se exatamente à fixação de regras e suas alterações.

5.4.4 Fixação e Alteração de Regras

No período estudado, a produção legislativa referente à fixação ou alteração de regras acerca do planejamento e consequente financiamento das políticas públicas, com ênfase na saúde, é composta por 210 leis que perfazem mais de 12 mil dispositivos. Observa-se que o conjunto é majoritariamente constituído a partir do primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso (1995/1998).

A (sub)categoria 'fixação e alteração de regras financeiras' foi variando também conforme governos e nem sempre tem relação com a redução de regras em segundo mandato. Mas também parece referir que se trata majoritariamente de interesses do executivo que pautam o legislativo. **(Entrevista A03)**

Há uma consolidação do planejamento enquanto burocracia e complexidade, capaz de diferentes intervenções na máquina estatal, na medida em que coordena, articula atividades, constitui planos e projetos de curto, médio e longo prazos, mas cuja profusão (inflação legislativa), gera insegurança:

Ao observar a subcategoria fixação/alteração de regras aumentando década a década revela casuísmos, feitos em geral, ao bel prazer do governo federal [...] o que revela mais dificuldades para o gestor na medida em que dispositivos são revogados, há dispositivos antagônicos, superpostos o que gera dificuldade de interpretação por parte do gestor, do controlador e do poder judiciário. Isso deixa o gestor vulnerável e se revela um problema para a consolidação do SUS. **(Entrevista L01)**

Destaca-se mais uma vez, em que pese a categoria estudada denominar-se 'financiamento', fracionada em cinco subcategorias relacionadas com o termo, que a discussão não se ocupa com questões sobre os cálculos econômicos do campo da saúde pública.

A ordem social que é naturalizada para a execução de recursos públicos é indicada como único caminho possível, seja pela via simbólica cuja técnica reitera certezas em prol dos instrumentos de planejamento e execução, seja pela própria lei, que lhes dá institucionalidade conforme impõe o direito, com o

previdenciária associada exclusivamente ao trabalhador formal, e algumas experiências, na urgência e emergência, que qualquer pessoa pudesse ser atendida – o BAU (balcão de atendimento da urgência), que se revelou fruto de corrupção – era uma forma do INAMPS afirmar que tinha atendimento universal. O pedido de separação se referia à medicina previdenciária. **(entrevista E01)**

Sobre as leis que fixaram ou alteraram regras sobre o financiamento da política pública de saúde, houve críticas dos entrevistados, para quem, os entes federados não foram tratados de forma isonômica, com flagrante privilégio para a União. Tal impressão deriva-se, em especial, da EC 29⁵⁸:

Tem um peso no ente subnacional. Houve um momento em que estados e municípios subfinanciavam o SUS, principalmente estados e isso foi mudando graças aos próprios embates políticos que aconteceram. Chegou-se a um ponto tal, que a queda de participação proporcional do ente federal, em boa parte tem a ver com aumento de participação dos outros entes. Proporcionalmente é como se o federal diminuísse a participação porque os outros aumentaram. Mas também há uma diminuição real. **(Entrevista L02)**

Há uma dominação dos interesses do executivo federal no Congresso Nacional e isso é grave. Nem sempre se trata de interesses que favoreçam a população. A liderança do governo federal também se dá por ligações espúrias, conforme demonstraram os recentes escândalos da república. **(Entrevista E03)**

A legislação não trata 'isonomicamente' os entes. Não que se diga que ela protege a União, mas ela certamente precisaria estar mais exposta. **(Entrevista J02)**

Há notória sobrecarga aos Municípios, que ficaram com grande parte dos serviços em saúde. Contudo, não há contrapartida orçamentária proporcional. Por isso [sic ocorre] a crise do federalismo. **(Entrevista J03)**

Os municípios estão sufocados, gastam 30% em saúde e isso não existe em nenhum lugar do mundo. **(Entrevista A01)**

A União é protegida, porque há uma tradição centralizadora, é um federalismo centralizador. Enquanto nos EUA houve uma desconcentração de poder, aqui é o contrário. Os municípios que tinham autonomia no tempo do império demoraram em reaver sua autonomia, o que ocorreu somente em 1988. Os Estados são meio perdidos nesta equação, porque têm competências ainda mais difíceis de estabelecer que municípios e União. Há vários fatores a serem considerados para definir a supremacia da União. Há uma distribuição de tarefas desiguais, o que impede a isonomia entre entes. **(Entrevista A03)**

A lei nunca tratou os entes igualmente no que diz respeito ao financiamento do SUS. Novamente entra uma atuação do Congresso

⁵⁸ A EC 29/2000 estabeleceu pisos para aplicação em saúde: (i) estados e o Distrito Federal aplicariam 12% de receitas de natureza estadual; (ii) municípios e o DF aplicariam 15% de receitas de natureza municipal; e, (iii) a União, o montante empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB.

Nacional a partir das influências políticas e troca de favores para manterem os eleitos. [...] Histórica e paulatinamente, o SUS veio perdendo valores da União, o que novamente ocorreu com as Emendas 86 e 95. **(Entrevista A02)**

Conforme já mencionado, é de se destacar tanto a vinculação ocorrida por meio da EC n. 29, quanto sua regulamentação apresentada pela LC n. 141/12. Aqui cabe comentar que a regulamentação ocorreu mais de uma década depois da vinculação, sendo que durante o intervalo, coube aos tribunais de contas, a interpretação⁵⁹ do que seria ou não ações e serviços de saúde, portanto, despesa admitida neste campo. Somente com a LC 141 foram estabelecidas as punições para o descumprimento da EC 29, tais como a suspensão de transferências constitucionais como os Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios. Tanto a vinculação de receitas quanto a definição de admissibilidade de despesas são consideradas leis importantes para o SUS, não que isso tenha dado cabo ao subfinanciamento:

As leis mais importantes para o SUS são: a lei 8080/90 que dá forma e operacionalidade ao sistema, a lei 8142 da participação social, a lei 141/11 que veio regulamentar a EC 29, ainda que dez anos atrasada. Apesar do extenso arcabouço legislativo são 3 ou 4 leis que têm efetivo impacto. **(Entrevista A03)**

Houve momentos em que a lei foi benéfica para a saúde. A adoção da saúde da família é um deles, com significativa redução de desigualdades. Mas no financiamento, talvez apenas a regulamentação tenha significado ganhos. A situação de hoje é muito crítica. Junta um subfinanciamento crônico, quando comparado o financiamento brasileiro com outros países, ou seja, menos de 4% para o setor público, enquanto estudos da OPAS afirmam que os países deveriam investir minimamente 6%. **(Entrevista A01)**

Todas as leis e emendas que mexiam no orçamento, desde antes do SUS, foram substitutivas ou suplementares, mas nunca fizeram um complemento. O FINSOCIAL foi justificado como dinheiro novo para saúde e educação e no ano seguinte, com a lei orçamentária, já se viu que não era bem assim, em resumo sempre foi compensatório – nunca significou dinheiro novo! Nenhuma lei alterou o financiamento para beneficiar verdadeiramente o SUS. [...] **(Entrevista E01)**

A afirmativa de subfinanciamento do SUS é fundamentada no fato de que o gasto público brasileiro é baixo, quando comparado aos demais sistemas universais de saúde existentes, ou ainda, quando se leva em conta o gasto per

⁵⁹ Os tribunais de contas poderiam aplicar, ou não, os critérios estabelecidos na Resolução n. 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, foi comum, tanto para a União, quanto para os entes subnacionais a admissibilidade de despesas não elegíveis em saúde: como inativos (mantendo uma interface com despesas previdenciárias), ou merenda escolar (que deveria correr à conta do orçamento da educação).

capita dos países em saúde. Neste ambiente dos cálculos de aporte financeiro dos países em saúde, é preciso entender bem o que diz respeito aos gastos públicos de forma a diferenciá-los dos gastos privados. No caso brasileiro, o gasto em saúde aparenta ser razoável, entretanto observada a origem, está majoritariamente associado ao setor privado (131).

Em um ambiente em que os gastos públicos e os privados devem ser observados, cabe destacar que em 2015, a Lei n. 13.097 autorizou abertura do setor saúde à entrada de capital estrangeiro, direta ou indiretamente, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde. Numa perspectiva em que o incremento da atuação privada tende a agravar o estado de coisas que subfinancia e ‘desfinancia’ o SUS, estudos de natureza econômica serão bem-vindos, uma vez já passados cerca de quatro anos de vigência da lei. A lei ‘do capital estrangeiro na saúde’ não foi alvo de comentários pelos entrevistados.

Outra unidade de análise importante no estudo do financiamento do SUS são os ‘restos a pagar’ (RaP), isso porque são contabilizados no exercício fiscal de determinado ano, colaborando para o cumprimento (ao menos contábil) do piso fixado em lei, entretanto sem garantias de exequibilidade. Os controles sobre os RaP no campo da saúde vieram com a LC 141/12 e somente um dos entrevistados deu eco à importância desses valores vultosos nos orçamentos da União e possivelmente, também vultosos nos orçamentos dos entes subnacionais (132).

Tem umas ‘pegadinhas’ que a gente sempre tem que ver: empenho processado, empenho liquidado e isso sempre merece atenção nos cálculos. **(Entrevista E01)**

O desfinanciamento do SUS por parte da União está nos debates sobre o tema, desde o seu nascedouro, seja por omissão como no caso do projeto de lei de iniciativa popular denominado ‘Saúde + 10’, que não foi levado a cabo pelo Congresso Nacional, seja pela ação legislativa. Os entrevistados apresentam suas impressões, a partir de diferentes fundamentos:

- (i) o descompromisso dos governos federais:

Os critérios de rateio para a saúde são uma exigência da lei n. 8.080/90 e que depois foram reiterados em lei complementar à CF e

ainda não são cumpridos. E não há determinação de cumprimento e nem punição. A política de compadrio, do casuísmo, que merecem repúdio, é que como uma saga, caracterizam o financiamento em saúde no Brasil. **(Entrevista A02)**

(ii) a desconsideração da indicação constitucional para alocação de 30% do OSS à saúde até 1993:

A começar com a CF, que na ADCT determinou 30% do orçamento da seguridade social para o SUS e que foi detonado no ano seguinte, na medida em que foram incluídas despesas com inativos, merendas escolares, restaurantes populares, com a desvalorização da conversão URV para Real. **(Entrevista A02)**⁶⁰

(iii) o atraso do cumprimento do mínimo constitucional⁶¹:

A EC 29 que definiu a vinculação foi benéfica para o SUS, mas se tornou insuficiente. Ela permitiu a maior ampliação de recursos para o SUS [...] e o período em que ela passou a ser integralmente executada, permitiu as grandes políticas do governo do PT: Samu, Brasil Sorridente, Farmácia Popular, Política do Sangue, Hemobras. Em 2011, com a mudança, para o SUS foi uma armadilha porque a vinculação à receita corrente líquida foi feita num momento em que ela era boa, com a queda da receita, ainda nos governos do PT, houve consequência negativa. **(Entrevista L02)**

(iv) a extinção da Contribuição Provisória por Movimentação Financeira (CPMF)⁶²:

A legislação federal que favoreceu o SUS foi a EC 29. Depois a CPMF que não trouxe um aumento expressivo do financiamento, mas deu relativa segurança ao financiamento e cuja derrota, em 2007 não era esperada. Uma contribuição fácil de cobrar, justa, que é reveladora de tramitação financeira. **(Entrevista J01)**

(v) EC 86⁶³:

⁶⁰ O Artigo 55 da CF/88 determina que trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde, até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias.

⁶¹ A União, além do decurso de ano para o cumprimento dos valores mínimos aplicáveis, não ultrapassou em sua aplicação anual, o limite mínimo estabelecido pela lei, uma vez que qualquer acréscimo impactaria cálculo do valor aplicável no ano seguinte.

⁶² A Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) foi uma tentativa de garantir recursos para o Ministério da Saúde e que vigorou entre 1997e 2007. Entretanto, desde 1999, a arrecadação deixou de ser exclusiva da saúde, convertendo-se de recurso adicional, conforme se previu, em substituição de recursos das fontes originárias.

⁶³ O PLP n. 321 de 2013 teve por objetivo aumentar a participação da União no financiamento do SUS para o equivalente a 10% da Receita Corrente Bruta (RCB), num escalonamento de 5 anos. Após os debates e grande envolvimento das entidades representativas da gestão estadual e municipal (Conass e Conasems), além de conselhos e instituições ligadas ao MRSB, houve a vinculação à RCL nos seguintes percentuais: em 2016 o equivalente a 13,2% da RCL, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% em 2020. Também regulamentou as emendas impositivas conforme já explicitado na subcategoria que referiu as LOA.

A EC 29 trouxe segurança e aumento expressivo de valores o que coincide com um incremento que se deu verdadeiramente em Estados e Municípios, e a União não acompanhou. Recentemente veio um escalonamento para a União baseado em receita corrente líquida e foi travado pela emenda do teto de gastos, tudo com fundamento num funcionamento inadequado da economia. O que se vê é que a lei fez um notório descolamento entre crescimento econômico e crescimento social. É tentar fazer crescer o bolo, sem distribuir. **(Entrevista J01)**

(vi) EC 95⁶⁴:

A EC 29/2000 foi importante porque mostrou a necessidade de fixação de valores mínimos, por piores que fossem. Não era mais possível o SUS viver em absoluta 'corda bamba'. Depois disso, especialmente, a EC 95 fez com que os ganhos que a EC 29 porventura tivessem representado, deixassem de existir. A EC 95 indica valor fixo por vinte anos e o parecer da PGR afirma que não houve prejuízos para a saúde. É lastimável! **(Entrevista A02)**

A EC 95 é uma tragédia. Os custos são crescentes e o financiamento não. É possível que esse governo pretenda alterar as vinculações e imagine só, uma política pública que é a mais avançada, com mais controle social, mas que tem por maioria de atendidos uma população que não vocaliza, essa política não disputa orçamento com outras áreas. Ao juntar EC 95 com desvinculação de recursos – acaba o SUS. **(Entrevista L02)**

Parece que o debate está adormecido depois das eleições, depois da EC 95 e se diz que é preciso fazer a reforma da previdência para que haja dinheiro para a saúde, [...] não se pode enganar a população com este tipo de discurso. **(Entrevista E01)**

A EC 95 reconhecida como a emenda do 'teto de gastos' congela as aplicações mínimas da União no SUS por duas décadas, ainda que o cenário econômico seja positivo (132). Segundo declarações de entrevistado, não há precedentes mundiais que permitam qualquer analogia:

A isso se acresce uma crise econômica atual, sem crescimento do setor produtivo e que reflete na saúde de várias formas como a cobertura vacinal despencando, e ainda tem a EC 95, que é uma norma jabuticaba, nenhum país do mundo congelou gastos públicos por 20 anos e as simulações indicam que isso vai causar mortalidade de 20 mil crianças até 2030, mortalidade prematura alta, caso haja uma redução de cobertura de saúde da família e bolsa família. **(Entrevista A01)**

O que foi apresentado até então trata das vinculações existentes no Orçamento Geral da União e, portanto, definem a parcela de recursos que deve ser destinada ao financiamento das despesas em saúde, são os chamados

⁶⁴ A EC 95 de 2016 congelou as despesas primárias da União até 2036 e por atrelar a execução financeira ao acompanhamento do teto de despesas, passou a impedir o crescimento dos recursos da saúde conforme ocorra a retomada do crescimento da economia.

mínimos ou pisos de aplicação, cujo cálculo obedece às regras definidas constitucionalmente.

No entanto, não é a única vinculação a que está submetido o financiamento da saúde. Há ainda aquela de 'menor porte' que ocorre nos orçamentos anuais e que possui relativa flexibilização, na medida em que pode ser alvo de alteração legislativa pelo Congresso Nacional. Sobre a vinculação ocorrida nos orçamentos anuais, que aloca o *quantum* em ações de saúde previamente identificadas, há críticas dos gestores dos entes subnacionais e pleitos por algum tipo de reorganização em que a alocação financeira não seja descolada das necessidades sanitárias locais:

O problema do financiamento do SUS, digo subfinanciamento, também alcança a deficiência de planejamento e de capacidade decisória. [...] São necessárias decisões de planejamento e financiamento que possam exaurir os recursos disponibilizados, de forma qualificada. Não é admissível a alocação equivocada de recurso financeiro, ainda mais quando se tem uma estrutura imensa em prol do sistema público e que não reverbera em efetividade na entrega. **(Entrevista E02)**

Para além dessas vinculações 'de maior ou menor' porte que submetem os orçamentos, outros pontos devem ser considerados no debate sobre financiamento, como a subcategoria seguinte.

5.4.5 Subcategoria Créditos

A subcategoria denominada 'créditos' diz respeito, especialmente, às variações orçamentárias em favor do Ministério da Saúde. Não é foco desta tese determinar ou apresentar cálculos econômicos acerca da suficiência ou não do financiamento da política pública de saúde. Importa aqui entender a movimentação do processo legislativo, no correr das décadas analisadas, e como as leis aprovadas foram percebidas pelos diferentes entrevistados. Tudo isso para comparar tal produção, com as pretensões expostas no relatório da VIII CNS para o tema financiamento.

Tem razão aquele que se ressentir por tal informação ser reiterada, entretanto, o tema financiamento tende a empurrar as análises para as questões exclusivamente econômicas e, assim, o parágrafo anterior serve apenas para reposicionar o que segue.

Quando observados os gráficos 7, 8 e 9, houve respostas que identificaram: (i) múltiplas causas que justificassem o ocorrido; (ii) tratar-se dos ajustamentos das peças orçamentárias à realidade da gestão; e, (iii) demonstração da flagrante fragilidade dos planos face às possibilidades orçamentárias apresentadas pelas LOA.

Chama a atenção na identificação de múltiplas causas, a relação de dependência que o gestor de saúde tem em relação à fazenda pública, seja em face da necessidade de adequar o plano de saúde e a respectiva programação anual, ao que foi imposto pela LOA, seja em face dos contingenciamentos:

A legislação sobre a 'suplementação' revela itens importantes: (i) o executivo está fixado no cumprimento do plano de saúde; (ii) o plano de saúde pode ser um instrumento paroquial e que precisa de constantes alterações no decorrer de sua execução; (iii) há os contingenciamentos que fazem com que os gestores estejam submetidos à possibilidade de que não haja dinheiro, ou que o dinheiro saia a 'conta gotas', por meio de créditos suplementares; (iv) a discussão sobre o cumprimento de exigências de ordem fiscal, impõe inúmeras dificuldades aos gestores que na realidade são dependentes, de uma forma ou de outra, das fazendas públicas. **(Entrevista A03)**

As políticas de governo interferem na elaboração do orçamento e na sua execução. O orçamento da saúde é muito expressivo e isso faz com que ele seja suscetível aos contingenciamentos, às liberações financeiras de forma a alcançar o mínimo estabelecido, às suplementações, às emergências. **(Entrevista L02)**

Outro grupo de respostas referiu à necessidade de que tanto os instrumentos de planejamento sejam ajustáveis, o que vale para os específicos da saúde, quanto para aqueles de controle fiscal:

[...] pode indicar que os planejamentos sofreram ajustes e isso é parte da vida e tem que acontecer. Ou se tem um sistema de regras que proíba isso, ou a lei de orçamentos será sempre ajustada, é a complementação para o serviço, para socorrer a epidemia. É comum em todo o mundo e é justo que seja assim. **(Entrevista A01)**

Acho que o imponderável é algo presente nas questões de saúde e se pode ter epidemias, tem demanda de liminares que muda o orçamento de lugar e a necessidade de implementar melhorias em determinadas regiões do país, seja sob tragédias, catástrofes, portanto, há o imponderável e também há deficiências na administração da coisa pública brasileira. **(Entrevista J02)**

O maior grupo de respostas está associado ao descrédito das peças orçamentárias, de planejamento de ações setoriais e seu possível descolamento social, conforme se lê:

Eu me arrisco a responder que essa quantidade de créditos suplementares aponte para uma fragilidade no planejamento. O planejamento não é prioridade e isso acontece em todos os níveis. **(Entrevista E03)**

[...] revela absoluta falta de planejamento. Ao se usar o instrumento de crédito suplementar pode-se dizer que houve falha no planejamento. O planejador não foi eficaz. **(Entrevista L01)**

Algumas leis foram positivas e outras buscaram garantir alguns direitos e acessos à saúde, mas foram impostas ao gestor e não foram debatidas com o gestor de forma a se aproximarem da realidade. **(Entrevista E02)**

Indica que o orçamento brasileiro é uma peça de ficção. Ou seja, não se elabora e não se aprova o orçamento adequado. Assim, é sempre necessário, ao longo do seu exercício, suplementações. Além disso, há excesso de emendas parlamentares carimbadas pelos legisladores, sempre beneficiando sua base, sem comprovação da eficiência e da eficácia alocativa. **(Entrevista J03)**

O planejamento em saúde é fictício, serve apenas para cumprir a lei, com as devidas apresentações ao Congresso e isso é que provoca a legislação para suplementar, para vincular, desvincular. Perde-se muito tempo na elaboração de peças meramente burocráticas. As áreas de planejamento orçamentário muitas vezes são dissonantes das áreas de planejamento de serviços e isto é lidar, com um esforço danado, apenas com vistas ao cumprimento de regras legais e burocráticas. É grave, mas é o que os dados me mostram. **(Entrevista E02)**

Mais ainda, há um descrédito quanto à capacidade de que tais instrumentos sejam propulsores de desenvolvimento e modernização da administração pública, na medida em que, mesmo elaborados para o alcance de curto ou médio prazo são frequentemente ajustados e não cumprem o objetivo de pensar sobre a coesão social e a atuação estatal em longo prazo:

O Ministério da Saúde, na transferência de recursos para outros entes, deve seguir o que está na LC n. 141/12, que por sua vez incorporou o conteúdo da lei n. 8.080./90. Há possibilidade de juntar o conteúdo em três eixos [...]: (i) necessidades de saúde: dimensão epidemiológica, condições de saúde, promoção e esse dinheiro deveria ter cálculo per capita e que também buscasse minimizar as desigualdades regionais; (ii) rede de serviços – e esse é totalmente dependente de um bom planejamento; e, (iii) avaliação de desempenho do ano anterior – e isso dependeria que o Ministério da Saúde contasse com uma estrutura capacitada para isso. **(Entrevista A02)**

Há necessidade de juntar esses interesses – as ações e os serviços e o orçamento. É preciso que exista apenas um planejamento. [...] A junção desses planejamentos impõe uma discussão sobre regionalização, sobre redes de saúde, sobre capacidade de gestão e, portanto, sobre pacto federativo. É preciso pensar que a saúde talvez exija um agrupamento diferente do que a relação município, estado e União, sendo preciso ter figuras regionais, referências e contra

referências para grupamentos populacionais e não por limites territoriais. **(Entrevista E02)**

A quantidade de leis é muito expressiva e o que incomoda é o risco de que os planos não sejam reais, devido às amarras orçamentárias, em que pese o tempo que gestores, técnicos e conselheiros se debruçam sobre eles. Os conselhos se debruçam enormemente sobre esses documentos de planejamento do SUS e deveriam estar mais atentos ao que a produção legislativa revela. **(Entrevista A03)**

A quantidade de dispositivos e leis por ano talvez revele que há [...], uma dificuldade de se planejar para longo prazo e iniciar com ações imediatas. [...] Talvez a lei orçamentária ainda aponte caminhos e não necessariamente os organize definitivamente. **(Entrevista J01)**

Dos debates, quando observado especialmente o gráfico 9, vê-se que nos governos de todos os presidentes houve legislação sobre ajustes orçamentários em prol do Ministério da Saúde, o que pode levar a crer, ainda que não se tenha produzido dados para tal afirmativa, que o executivo é o proponente de grande parte, senão toda, a legislação dos ajustes orçamentários.

A hipótese de que o executivo seja o proponente ecoou em entrevistas, seja como controlador eficaz da compatibilidade entre a programação anual de saúde e a legislação orçamentária, seja sob a suspeita de captura de determinados segmentos que, ao perderem 'eventual disputa' por ocasião da elaboração da LOA, atuem sobre o executivo, alterando prioridades financeiras de forma a promover o ajuste que lhes favoreça:

É demanda interna do Ministério da Saúde em relação aos ajustes orçamentários e necessidades de recursos para áreas inicialmente não previstas: produção extra de vacina, controle de epidemias. Ao considerar que só o legislativo altera a lei orçamentária, não haveria possibilidade diferente que não fosse essa. [...] o controle das contas orçamentárias federais da saúde é muito bem feito, a área de orçamento é muito proativa, sabem controlar, o que, portanto, nas funções de créditos é um comportamento do legislativo para suprir a necessidade do executivo. **(Entrevista E01)**

A quantidade de leis de créditos pode revelar que há também algum tipo de captura, se não foi vitoriosa no Congresso, talvez tenha influenciado junto ao executivo diretamente para mudar a ordem de prioridades dos diferentes segmentos. **(Entrevista J01)**

Ainda sobre o gráfico 9, tem-se que o segundo mandato do presidente Fernando Henrique (1999/2002) foi o que mais teve leis sobre o assunto, cuja produção tornou-se visivelmente decrescente a partir do 1º mandato da

Presidente Dilma Rousseff (2011/2014). O movimento dos gráficos divididos conforme governos federais chamou a atenção de entrevistado:

Chama a atenção que nos últimos 8 anos da mostra houve redução na suplementação de créditos, pelo que se pode pressupor duas possibilidades: uma é a crise econômica que não permite acréscimos e outra é a possibilidade de qualificação do planejamento. No Governo Dilma II tem mais fixação de normas e menos suplementação, indicando crise econômica. No governo FHC II também houve uma quantidade enorme de suplementação, na gestão do Serra, quando houve inclusão do tratamento para AIDS, política de genéricos, e isso revela bastante a força de um ministro para buscar arrecadação. É preciso repensar a necessidade de leis para algumas coisas, o uso do instrumento legal deve ser utilizado com mais responsabilidade. **(Entrevista J01)**

Essa é uma questão para a qual se buscou fundamento. Recessão ou mais adesão social dos instrumentos de planejamento? A razão histórica, segundo a compreensão de um dos entrevistados, foi a apropriação da técnica de planejamento e conseqüente aprimoramento de controles e compatibilidade entre a LOA e sua execução:

Para o Ministério da Saúde, o SUS só passou a existir depois das NOB/93, porque antes disso valiam as regras do INAMPS, até então, não extinto. Mesmo com a extinção do INAMPS a operacionalização de planejamentos orçamentários deu-se somente quando a NOB 'a ousadia de fazer cumprir a lei'. O ministério se apropriou e com a expertise necessária mudou a lógica, passando a controlar o orçamento com exatidão, o que ocorreu na década 2. Também na década 2 teve a CPMF, que na verdade não trouxe créditos extras, revelando-se apenas como substituição de créditos existentes. [...] A diminuição das variações das quantidades de crédito, tem explicação num planejamento mais estável, sem grandes surpresas para a área da saúde. **(Entrevista E01)**⁶⁵

Não obstante a explicação do entrevistado, que analisa as duas primeiras décadas da subcategoria, faz-se necessário trazer ao debate outros elementos.

Desde o ano 2003, conforme já explicitado por ocasião da apresentação da subcategoria 'promoção e prevenção', as políticas sociais foram ampliadas, trazendo para o nível federal outras atribuições, atores, formas de interação com a sociedade e deliberação. Estratégias de diálogos institucionais como órgãos executivos, conselhos, conferências, audiências públicas, ausculta de

⁶⁵ O governo federal vem diminuindo sua participação percentual e de tempos em tempos surge a ideia de se criar novamente a CPMF, que mais uma vez não irá para a saúde. ¹³³ Pinotti, JA. Saúde no Brasil: Provocações e Reflexões. Conass. No prelo. 2019.

categorias profissionais e segmentos sociais, trouxeram outras linguagens para o planejamento, ensejando alteração nos procedimentos estatais (129).

Com base na política pública de saúde, com sua história própria e detentora de meios de participação social desde o nascedouro, a explicação pode estar no aprimoramento das técnicas de planejamento e nos processos avaliativos.

Tomada a primeira possibilidade, o aprimoramento das técnicas de planejamento, observa-se que, segundo o Painel do Orçamento Federal⁶⁶, houve uma variação expressiva na quantidade de subtítulos do orçamento da setorial saúde. Em 2012, havia 6.468 subtítulos, em 2016 eram 2.757. Sabendo que o subtítulo é a ‘menor divisão’ de um orçamento, quanto mais subtítulos, maior a possibilidade de que haja alteração a ocorrer por lei, quando necessários ajustes à realidade fática.

Entretanto, um ‘agregador’ orçamentário denominado Plano Operativo (PO), a partir do ano 2013, agrupou subtítulos pertencentes ao mesmo grupo fazendo com que alterações por lei na peça orçamentária se tornassem menos necessárias. Enquanto os subtítulos veem as cadeiras da sala, o PO vê o ‘cômodo’ e em termos de rastreabilidade e transparência, tanto são públicos e controláveis os subtítulos, quanto os PO, no entanto, em termos de gerenciamento e produção de indicadores, os PO são mais adequados.

Ao se verificar ‘os cômodos’ é preciso, todavia, saber como eles são usados, que resultados produzem e como se conformam nas ‘casas’ em que se situam, ensejando um caminhar que sai dos controles meramente contábeis para buscar aferir a efetividade da atuação estatal. Nesse caminhar em que é preciso demonstrar que os grupos alcançados pela política pública foram beneficiados na medida de sua possibilidade e necessidade, há métricas e indicadores, portanto há avaliação.

⁶⁶ Brasil. Painel do Orçamento Federal. [internet]. [Acesso aos 12.07.2019]. Disponível em: https://www1.siof.planejamento.gov.br/QuvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymou=true

Conforme as entrevistas, os processos avaliativos não são suficientemente indutores do planejamento e nem podem, em nenhuma medida, serem mais importantes ou onerosos que a própria execução:

O planejamento exige que se olhe a realidade, que se pense para longo prazo, o que presume processos de avaliação: de desempenho, de qualidade, econômica porque isso é que alimenta verdadeiramente um plano, porque mostra se o caminho está certo ou errado [...] Os planejamentos não condizem com a realidade e os créditos mostram isso. **(Entrevista A02)**

[...] porque não se pode passar metade da vida planejando e a outra executando, o certo é que parte maior seja dedicada à execução. **(Entrevista A01)**

A produção legislativa de ajuste orçamentário é prejudicial ao planejamento em saúde, primeiro porque a linguagem do planejamento orçamentário não esgota a complexidade da área. Segundo, porque a legislação sobre orçamentos no Brasil criou um híbrido de comandos que impõe ao poder executivo submeter-se, além das emendas, aos tempos do legislativo, que, em geral, são incompatíveis ao tempo da gestão. O trâmite de um projeto de lei de suplementação orçamentária demorará o tempo dos ajustes entre o executivo e a casa legislativa, variando significativamente por governo e por ministro, mas impondo aos usuários da política pública, invariavelmente, o peso do atraso.

Ao considerar que a alteração do planejamento orçamentário ocorreu em prol do gerenciamento das ações estatais, percebe-se um processo evolutivo dos diferentes controles da política pública de saúde, o que vai ao encontro das premissas constitutivas da teoria que alicerça a presente análise.

Recorre-se à lição de Moretti (129, pág. 262):

[...] novo modelo foi aprovado para o período 2012-2015. Este aponta para mudanças que abrem sua linguagem à resignificação de conceitos como resultado e desempenho [...] sua linguagem mais aberta permite dar maior visibilidade ao conjunto de políticas menos adaptadas ao padrão gerencialista: aquelas cujo resultado se associa ao reconhecimento de direitos, incidindo sobre padrões de representação de segmentos sociais e invertendo hierarquias e status que resultam em desigualdades simbólicas, institucionalizadas pelas técnicas de Estado.

Um modelo de controle orçamentário mais coeso socialmente, com menor possibilidade de comandos híbridos e movidos por avaliações

fragmentadas, estará mais adequado à teoria de mudança que relaciona as ações de curto, médio e longo prazo, com a exata definição de objetivos, a partir da ampliação da ausculta social. Isso para evitar descolamentos, excesso de ajustes nos financiamentos e para permitir, além da coesão, a aferição dos resultados alcançados em cada uma das etapas.

O PPA permanece capaz de constituir-se como controle cuja tomada de decisão lhe é vinculada, entretanto, com uma compreensão mais ampliada para as demandas emergentes. Cumpre ressaltar que as mudanças das previsões de gastos por categoria econômica que, porventura, forem alteradas serão, como têm sido, alvo de lei alteradora, sem a qual a execução não terá conformidade, acarretando ao gestor as consequências de desobediência à lei.

Adicionalmente ao debate sobre a categoria 'financiamento', ainda que não se trate (ainda) de lei que componha qualquer das subcategorias, é preciso abordar o tema da desvinculação de despesas para a saúde. É um assunto que não escapou aos entrevistados:

Mas o debate agora não é mais pelo aumento da destinação de valores para a saúde, o debate agora é de sobrevivência dos valores atuais, sem que a EC 95 limite além das perdas identificadas, e mais ainda, sem que haja risco para a vinculação dos anos 2000. **(Entrevista A03)**

A EC 95 é uma tragédia. Os custos são crescentes e o financiamento não. É possível que esse governo pretenda alterar as vinculações e imagine só, uma política pública que é a mais avançada, com mais controle social, mas que tem por maioria de atendidos uma população que não vocaliza, essa política não disputa orçamento com outras áreas. Ao juntar EC 95 com desvinculação de recursos – acaba o SUS. **(Entrevista L02)**

Haverá um grande problema a ser enfrentado que é a proposta de desvinculação de receitas da União, o que achatará ainda mais o SUS e colocará a saúde no precipício. Não significa que a vinculação tenha sido ou será a solução, mas a desvinculação se revelará como grande problema. **(Entrevista E02)**

O financiamento não pode ser tratado como a única questão reveladora de limites e possibilidades de melhoria no SUS. Os debates devem alcançar questões relacionadas com o modelo de atenção à saúde, com a organização, com a regionalização e, inclusive para dar fundamento aos pleitos por financiamento adequado e sustentável, a avaliação deve estar sob as vistas dos atores do campo da saúde.

5.5 SÍNTESE

Conforme disposto no neste capítulo 5, é razoável entender pelo alcance dos objetivos pretendidos. A partir da utilização de *softwares* auxiliares, foi possível identificar a legislação federal, cuja inserção no SUSLegis e no NVivo¹² propiciaram também a apresentação de figuras didáticas como os gráficos, as nuvens e os diagramas de *Cluster*. Foram identificados 23 artigos da CF/88, 12 leis complementares e 1060 leis ordinárias, que corresponderam a cerca de 18 mil artigos e a mais de 70 mil dispositivos, o que indica o alcance do primeiro objetivo específico: ‘identificar as leis (constituição, leis complementares e ordinárias federais) que exaram determinação direta ou indireta ao sistema de saúde’.

A análise exigiu que o conjunto legislativo fosse organizado em 15 subcategorias, pertencentes às três categorias idênticas aos eixos do relatório final da VIII CNS, exatamente para viabilizar a análise comparativa. Assim, tornou-se possível verificar quais dos elementos presentes no relatório final da VIII CNS passaram a constituir a legislação, buscando demonstrar, na descrição de cada subcategoria, o que a VIII CNS pretendeu e foi alçado ou não à legislação federal.

Quando da organização e do estudo pormenorizado das categorias e subcategorias, algumas unidades de análise, surgidas dos subconjuntos legislativos e das entrevistas, chamaram a atenção.

A primeira delas é a importância de a CF/88 ter assumido, ainda que em parte, as pretensões da VIII CNS. Nesse sentido, cabe a lição de Pinotti (133, n.p):

[...] uma das últimas conversas que tive com Norberto Bobbio (1909-2004), quando me queixava do abismo entre as leis e suas práticas. Sua resposta me aliviou: “Meu caro, a história requer paciência e a primeira condição para uma prática ter vigência é estar na lei”. Passei a valorizar mais a conquista que tivemos em 1986-88 para colocar o Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição.

Da categoria ‘Direito à Saúde’, ao relacionar as subcategorias ‘datas comemorativas’ e ‘participação social’, destacam-se: (i) o quanto o Poder Legislativo ‘ocupou-se’ com as leis simbólicas, consideradas pirotecnia e de

pouca efetividade, mesmo que residualmente possam estar alocadas em movimentos de promoção à saúde ou prevenção às doenças; (ii) a falta de ‘politização’ do usuário do sistema de saúde, no sentido do reconhecimento do Estado de bem-estar social e luta em prol de sua manutenção, como força motriz para a submissão do legislativo às necessidades sanitárias da população; e, (iii) a primazia de leis centralizadoras e de controle burocrático; destoam do que foi pretendido para a participação social no SUS quando da VIII CNS.

O relatório final da VIII CNS indicou a necessidade de que o Estado atue em diferentes frentes e não somente em saúde: direitos sociais (para quem é do direito) ou ‘condicionantes e determinantes’ (para quem é da saúde). Sobre isso, ainda que o arcabouço legislativo e a percepção dos entrevistados indiquem que a política de saúde é a mais bem preparada, entre as políticas públicas brasileiras, para contribuir com o desenvolvimento, conclui-se que as ações estatais interagem e imputam consequências umas às outras. Há pontes entre as políticas públicas, o que requer, portanto, uma política de Estado – coerente e efetiva -, compatível com mudanças de curto, médio e longo prazo – o que não ocorreu durante o período estudado. Frise-se, a efetividade pode revelar mais que a eficiência no âmbito das políticas públicas. Recorre-se, novamente, à lição de Pinotti (133, n.p):

Isso tudo é constrangedor, mas aponta para uma grande esperança: na saúde se encontra a maior oportunidade de progresso social se saltarmos o fosso, como já mencionei, entre o que sabemos e o que fazemos. Para isso, precisamos implementar propostas criativas, obtidas em processo contínuo de pesquisa operacional e adaptadas à nossa realidade [...].

A proposição inovadora e criativa requer, por certo, que haja as reformulações legais tratadas, em especial, nas subcategorias ‘competências dos entes’ e ‘relações público-privadas’. Somente ao conferir ‘precisão’ ao conjunto legislativo que trata dessas subcategorias, seja para modernizar a atuação da administração pública, seja para conferir adequação e estabilidade às competências dos entes subnacionais no campo da saúde, seja para minimizar - o mais possível - a desordem entre o público e o privado é que se alcançará o pretendido pela VIII CNS. Vale-se novamente da lição de Pinotti (133, n.p):

Há um parasitismo consentido do privado sobre o público [...] É urgente também acabar com a promiscuidade lesiva entre público e privado, traçando uma linha honesta, sem maniqueísmo, entre uma e outra coisa.

Ao tomar a categoria 'Reformulação do Sistema de Saúde' fica explícita a 'força' de determinados segmentos relacionados com o campo da saúde, no Congresso Nacional. Tal expressão encontra reflexo, especialmente, nas subcategorias 'estrutura estatal' e 'recursos humanos' que revelam a supremacia de 'carreiras públicas' e 'segmentos profissionais', em detrimento de interesses mais coletivos e fundamentados em direitos de cidadania. Conforme se leu por toda a narrativa desta tese, não é fato novo para o Congresso Nacional, o protecionismo de determinadas profissões, que compõem 'elites burocráticas' e/ou 'categorias com capilaridade no território nacional'.

Observadas as subcategorias 'vigilância em saúde', 'promoção à saúde e prevenção às doenças' (promoção e prevenção) e 'atenção à saúde', cuja imbricação é indiscutível, o que se tem é uma legislação descolada das necessidades crescentes do sistema de saúde, que atua pontualmente, com fundamento em fatos políticos e sem foco em resultados sociais. A atuação infra legal, mencionada de forma rasa na descrição das subcategorias (até por não ser objeto de estudo), talvez tenha respondido mais às pretensões da VIII CNS, que ao próprio conjunto legislativo estudado.

Quando tomada em consideração a categoria 'financiamento' e suas subcategorias, têm-se as diferenças entre entes federados, no trato legislativo. Enquanto a VIII CNS deu ênfase às capacidades de financiamento da União, a lei colocou luzes nos entes subnacionais. A obediência imposta pelas leis à padronização de interesses políticos, refletida na linguagem de planejamento fiscal, é que verdadeiramente enumera as prioridades nacionais ao destinar maior ou menor financiamento para as políticas públicas. Concomitante, tal prática distancia o cidadão comum da capacidade de debatê-las, reiterando sua não politização, seu não compromisso com a ação estatal. Reforça para o cidadão comum, ou para o conjunto de cidadãos, que o Estado é 'um terceiro', 'um alienígena', e não parte de sua estrutura social, que deve ser conhecida e controlada. Mais ainda, a primazia do princípio da 'eficiência', direciona a

definição de metas e aferição de resultados para controles processuais e contábeis, sem priorizar as mudanças sociais provocadas pela ação estatal. A lição de Pinotti é perfeita para o caso (133, n.p):

Saúde não é assunto barato, nem simples e não é possível fazer milagres. A única solução para o nosso país é organizar, aprimorar e ampliar novamente o sistema público, que é pré-pago pelos nossos altíssimos impostos. [...] É também fundamental que o governo mude o enfoque do desenvolvimento monetarista para o de desenvolvimento humano, o qual não será medido por inflação, superávit fiscal ou primário, mas significará, como meta a ser alcançada, uma vida digna para todos os brasileiros e, obviamente, com equidade de acesso à saúde.

O que há de comum na análise das 15 subcategorias, seja na análise dos agrupamentos legislativos ou nos discursos originados das entrevistas é o reconhecimento da existência de forças contrárias ao sistema público de saúde, sejam elas movidas por interesses econômicos, políticos, de poder, cuja força e velocidade variam conforme o tema. Não foi possível, e talvez nunca seja, aferir se tais forças são próprias de democracias iniciantes, como é a brasileira, ou se sempre coexistirão na relação entre poderes. Para Pinotti (133, n.p):

Certamente isso tudo ocorre como consequência do movimento histórico da saúde brasileira, que está na fase de forte pressão privatizante. É preciso entendê-lo para poder modificá-lo. [...] Entretanto, se não conhecermos, pelo menos, a nossa história da saúde e suas razões, a partir do final da Segunda Grande Guerra, continuaremos navegando, como uma nau que perdeu a bússola e tenta inutilmente encontrar seu porto sem sequer olhar para as estrelas.

A execução dos três primeiros objetivos específicos possibilitou compreender que, mesmo decorridas três décadas entre a VIII CNS e toda a produção legislativa estudada, o resultado geral foi a acentuação de críticas já existentes sobre o SUS (124-126) (129) (133), desta vez fundamentadas na lei, no conjunto legislativo e na relação entre os Poderes Legislativo e Executivo federal. Nesse sentido, para conhecer mais profundamente a relação: 'lei e política pública de saúde', chega-se ao último objetivo específico: 'analisar a lei como intervenção no campo da saúde'.

6 A LEI CONSIDERADA INTERVENÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

O Estado brasileiro tem buscado avanços no campo da avaliação. Isso tem alavancado iniciativas do setor privado, em prol de competitividade e dos lucros, e do setor público, para responder e demonstrar à sociedade o resultado de suas ações e o benefício social propiciado por elas. Durante algumas décadas os debates se concentraram no princípio da eficiência. Talvez a explicação esteja no art. 37 da CF/88 que obriga a Administração Pública a perseguir, dentre outros princípios, o da eficiência.

A inclusão desse princípio foi fruto da 'Reforma do Estado' ocorrida no final do século XX. Nesse sentido, as políticas públicas tiveram suas métricas concentradas na prestação de serviços e na redução dos custos, fazer mais e melhor ao menor preço, o que se sabe, é verdadeiramente insuficiente para o sentido *lato* da avaliação. Um dos importantes efeitos do 'Estado Gerencial', seriam os controles – *ex-ante* e *a posteriori* – das ações estatais, o que propiciaria, ao menos em perspectiva, o aumento da autonomia da administração e a vinculação do cidadão ao cuidado e tomada de providências acerca das contas públicas. Entretanto, conforme já debatido, observou-se um descolamento entre as possibilidades de participação social (representativa e direta) e o incremento dos controles burocráticos.

Não ocorreu de forma diferente para a política pública de saúde. Esta análise, mais que qualquer outra, é a verdadeira reflexão imposta por esta tese. A responsabilidade estatal sobre a saúde estará estabelecida em lei e, no caso brasileiro, a CF/88 o fez para impulsionar os processos políticos necessários à efetivação do direito (134). Portanto, a legislação complementar e ordinária existe, ao menos em tese, para garantir a efetividade do direito à saúde. Repisa-se, a efetividade.

Ao considerar que normas que referem direitos sociais são prospectivas, progressivas, expressam direitos, tornam-se expectativas e provocam a evolução das sociedades, também devem exigir processos avaliativos capazes de aferir se promoveram, e em que medida, a alteração social pretendida.

Na busca por compreender o impacto da legislação em saúde na política pública buscou-se por doutrina e pesquisas avaliativas sobre o tema. No entanto, é de se espantar que nos processos avaliativos em saúde no Brasil não houve indicação de que a lei tenha sido tomada como intervenção.

As leis, com imposições de diferentes naturezas, podem alterar o curso da política pública de saúde no Brasil, promovendo alterações sociais de maior ou menor impacto, e ainda assim, não são avaliadas. Considerar a lei como intervenção, para que seja avaliada no campo da saúde, é o que esta tese pretende estabelecer, levando-se em conta tudo o que foi demonstrado no capítulo anterior e está alicerçada no texto 'Pensar a Lei como Intervenção no Processo Avaliativo do Direito à Saúde'⁶⁷.

A compreensão da lei como intervenção tem vários fundamentos, a rigor, conexos entre si. É preciso conhecê-los para definir a possibilidade de que a lei seja considerada, ou não, intervenção no campo da saúde. Em primeiro lugar, recorre-se à Constituição da OMS, que caracteriza saúde como direito (48):

[...] gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

A efetividade do direito à saúde pressupõe, em alguma medida, a atuação do Estado, que (49, pág. 310):

(i) pode estar na centralidade da geração dos bens, ações e serviços, que seriam, portanto, públicos; (ii) pode posicionar-se na subsidiariedade ao mercado, fomentando a geração de bens, ações e serviços, que seriam, portanto, privados; ou ainda, que (iii) atue em ambas as posições.

Weiss, precursora da Teoria de Mudança, reconheceu que a avaliação é a apreciação sistemática do funcionamento, dos resultados e execução de um programa ou de uma política, em função de critérios explícitos ou implícitos, sempre com vistas ao seu aperfeiçoamento (135-137). Champagne *et al* lecionam que “a avaliação visa à melhoria do bem-estar coletivo” (138).

⁶⁷ Sobre o tema foi publicado o texto: 'Pensar a Lei como Intervenção no Processo Avaliativo do Direito à Saúde' de Santos AO, Hartz Z e Delduque MC. Acessível em: link <https://goo.gl/nXnBHj>, pág 308

Ao tomar por certo que a avaliação prescinde da identificação da intervenção pela qual a sociedade alcançaria algum desenvolvimento, cabe verificar se a lei se enquadra neste conceito.

Hartz *et al* (50) consideram que: uma intervenção pode ser concebida como 'sistema organizado de ação' que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática.

A análise exige, portanto, que se reflita sobre os componentes de um sistema organizado de ação e se a lei os possui. Neste caso, recorre-se à análise de Santos, Hartz e Delduque (49, pág. 310-313):

(i) estrutura:

A estrutura diz respeito aos recursos físicos mobilizados, ao conjunto normativo ("regras do jogo") e à dimensão simbólica. Neste caso, para a formulação da lei há recursos físicos permanentemente mobilizados para este fim (Poder Legislativo), bem como há regramentos para a própria elaboração legislativa (legística).

(ii) atores:

Recorre-se, novamente, à lição de Hartz *et al* (22), para quem os atores são caracterizados por sua visão de mundo, sua disposição para atuar e, principalmente, por interagirem "em um jogo permanente de cooperação e de concorrência para aumentar seu controle sobre os recursos críticos do sistema de ação (dinheiro, poder, influência, compromissos acerca de normas sociais)". Não há que se duvidar que os atores da formulação legislativa estão motivados e vinculados às características elencadas, tanto que, no caso brasileiro, há emendas parlamentares com destinação obrigatória para a saúde pública.

(iii) finalidades:

Tomado o processo de ação como a mobilização e utilização, durante e pelos quais os recursos são revertidos pelos atores na produção dos bens ou serviços necessários ao alcance de finalidades, conseqüentemente, as finalidades devem corresponder aos objetivos da intervenção. Então, os atores do poder legislativo mobilizam e utilizam a estrutura para a elaboração de intervenção (lei) capaz de modificar fenômenos, atuando sobre causas ou determinantes, em período de tempo específico ou impreciso, para corrigir um problema. [...] Os atores do legislativo mobilizaram a estrutura existente para a elaboração de leis (Constituição, Leis Complementares e Leis Ordinárias) com vistas à modificação do *status* do(s) fenômeno(s) relacionados à saúde.

(iv) ambiente:

Por fim, o ambiente da intervenção diz respeito aos contextos que estruturam o campo de sua implementação e os outros sistemas organizados com os quais interagem. Ou seja, a lei sobre saúde no Brasil atua com os subsistemas público e privado, com a relação entre eles, bem como com sua inter-relação com outros sistemas organizados.

Por conseguinte, cumpridas *in totum* as condições para que a lei seja considerada intervenção no campo da saúde, esta deve tornar-se alvo de processo avaliativo. Mais ainda, se a lei (ou conjunto de leis) deve estar atrelada a um diagnóstico, à tomada de decisão de promover alteração social e ao alcance da efetividade de direitos é adequado e legítimo que a legislação em saúde seja considerada intervenção nos diferentes processos avaliativos de seu campo.

Novamente recorre-se à análise de Santos, Hartz e Delduque (49, pág. 314):

A lei deve ser considerada intervenção complexa, isto porque pode contemplar múltiplas finalidades, mobilizar atores diversos e interdependentes, impor atividades num lapso temporal impreciso, dentre outros vários elementos identificáveis apenas nos casos concretos. Contudo, a escolha da abordagem e dos métodos de avaliação deve ser precisa e compatível com os objetivos que se pretendem alcançar.

Ao refletir que a lei impõe uma transformação, seja para o indivíduo, seja para a sociedade e assumi-la como transformadora, uma teoria de mudança pode mostrar-se útil. Isso porque articula os pressupostos originais da mudança, os resultados de curto, médio e longo prazo, bem como os devidos registros das ocorrências havidas no decurso do tempo.

A lei é capaz de indicar os impactos, a atuação dos agentes e o financiamento, com as consequentes avaliação e prática social informada, adequada ao *compliance*⁶⁸ e *accountability*⁶⁹, recentemente inseridos no contexto nacional brasileiro.

⁶⁸ É um conjunto de regras, padrões, procedimentos éticos e legais, que, uma vez definido e implantado, será a linha mestra que orientará o comportamento da instituição no mercado em que atua, bem como a atitude dos seus funcionários. Candeloro AP, Rizzo MBM, Pinho V. Compliance 360º: riscos, estratégias, conflitos e vaidades no mundo corporativo. São Paulo: Trevisan Editora Universitária, 2012.

Quando perguntados sobre o tema, os entrevistados contribuíram com uma série de elementos norteadores para que a lei seja tomada como intervenção e, portanto, passiva de avaliação. O primeiro deles diz respeito ao reconhecimento de que o Poder Legislativo não busca aprofundar seus conhecimentos no campo da saúde:

É necessário avaliar o peso da lei no sistema de saúde. O encapsulamento do poder judiciário tem sido estudado pelo sistema sanitário, mas olha-se pouco ou pouquíssimo para o legislativo. **(Entrevista: A03)**

Outro ponto que as entrevistas fizeram emergir é de que o debate está especialmente no 'como' e 'em que medida' a lei consegue transformar a sociedade, o que, portanto, vai ao encontro da necessidade de sua avaliação. Há os que creem que:

(i) a lei é capaz de propiciar mudanças:

Tem uma característica nos governos de que quando programas, projetos ou políticas públicas são acompanhadas de lei ou projeto de lei são consideradas como demonstração e agregação de poder político [...]. No Brasil, a lei é um instrumento de transformação, principalmente porque os brasileiros acreditam nisso, mas se a lei vem descolada dos valores e dos desejos, ela não pega [...]. Ainda que se acredite na lei como instrumento de mudança, ao mesmo tempo, há um descolamento social na sua executividade. **(Entrevista J01)**

(ii) a lei só é capaz de promover alterações sociais nos casos em que há mobilização e creditação social para os seus termos:

A lei é um ponto de partida para proporcionar mudanças [...] tem força coercitiva e isso lhe dá grande importância, mas no Brasil a autonomia do sistema jurídico pode estar condicionada à questão política, conforme diria o doutrinador Marcelo Neves. As leis dependem da vontade política, há leis que pegam e leis que não pegam. Motivo pelo qual eu não acho que a lei no Brasil seja capaz de influenciar mudança social [...] mas enquanto a sociedade civil não estiver suficientemente mobilizada tal transformação não ocorrerá. É o termo 'democracia sanitária' utilizado pela Professora Sueli Dallari. **(Entrevista A03)**

As legislações que implementam mudanças sociais são [...] aquelas que conseguem capturar os anseios da sociedade, respeitadas as classes sociais, sem deixar ninguém ao desamparo, sob pena de que a legislação perca credibilidade. **(Entrevista J02)**

⁶⁹ *Accountability* encerra a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de quem ocupa um cargo em prestar contas segundo os parâmetros da lei, estando envolvida a possibilidade de ônus, o que seria a pena para o não cumprimento desta diretiva. Pinho JAG & Sacramento ARS. *Accountability* já podemos traduzi-la para o Português? Anais do Encontro de Administração Pública e Governança da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. Salvador, novembro 2008, pág. 16.

O que mais chama a atenção é o fato de que as leis ou o conjunto de leis não são comumente considerados como intervenção no campo da saúde, especialmente para que seja possível verificar o quanto estiveram alicerçadas em evidências e o quanto de impacto pretendem/conseguiram promover:

A lei deveria ser alvo de avaliação, porque muitas vezes as leis são feitas por interesses corporativos, econômicos, políticos, que não são os interesses do SUS. Os grupos de pressão dentro do Congresso Nacional, do legislativo e até mesmo do judiciário levam a distorções. Muitas das leis são deletérias para o sistema de saúde, umas aprovadas e outras não. E numa época de ativismo judicial que vivemos isso leva a distorções que prejudicam o SUS. **(Entrevista L01)**

As leis precisam de avaliação. O comentário é que a quantidade de projetos de lei no campo da saúde é assustadora [...] em total descolamento com o SUS e com a sociedade. **(Entrevista A02)**

Sim, a lei pode mudar a sociedade e precisa de acompanhamento e monitoramento para saber de seus efeitos. Quando as proposições vêm do executivo são acompanhadas de avaliação prévia, quando parte dos parlamentares, dificilmente. As motivações do legislativo são grupos de interesse, 'eu acho que é importante' (voluntarismos), sem considerar evidências ou avaliações. **(Entrevista L02)**

Os entrevistados indicaram também como unidade de análise, que eventual processo avaliativo das leis ensejaria, inclusive, que elas estivessem alicerçadas em avaliação prévia acerca do tema que tratam como meio de promover o desenvolvimento social, medida que se contrapõe frontalmente à legislação fundamentada em voluntarismos:

A análise de impacto é fundamental, seja para o setor produtivo, seja para a lei [...]. Caso contrário, será sempre uma fábrica de 'boas ideias', que consumirá valores expressivos e pode não retornar benefícios à sociedade brasileira. As mudanças são essenciais para crescer e modernizar, mas elas carecem de análise científica, simulações, cálculos [...]. A lei tem que dar as distâncias a serem percorridas no tempo, é como um contrato, se não é lei que fala isso, quem fala? **(Entrevista A01)**

A compreensão de necessária precisão e segurança jurídica para a norma em saúde também emergiu do debate com os entrevistados. Houve considerações acerca da inflação normativa e do aumento de complexidade para as atividades de gestão:

Reitero as observações anteriores: o excesso de normatização, a burocratização e o engessamento. [...] temos um excesso de leis, de

regulamentos, de portarias. Isso não contribui em nada, ao contrário, faz piorar a situação. **(Entrevista L01)**

No campo da saúde, quanto mais leis significa mais burocracia. Há respeito e relação harmônica entre poderes, mas não há cooperação para o fortalecimento da gestão do SUS e isso tem impedido fortemente o progresso do sistema de saúde. **(Entrevista E02)**

A legislação oferece mais complexidade ao que é naturalmente complexo. **(Entrevista E01)**

Os dados mostram a falta de qualidade do processo legislativo e com uma produção excessiva de leis. As propostas devem ser mais bem qualificadas e estruturantes para que atuem diretamente no aprimoramento do sistema de saúde. Mais lei não altera a saúde no Brasil. **(Entrevista E02)**

Ao tomar como crível a afirmativa de que há fé social na lei como instrumento de transformação, há também que compreendê-la como institucionalização de difícil e onerosa produção, o que lhe atribui característica desfavorável na velocidade necessária para a alteração social:

Esse *modus operandi* é constante na CF, que acolhe as oportunidades ocasionais: servidores públicos fazem isso com carreiras e vantagens, saúde e educação fizeram isso com frações do orçamento – não que isso seja ruim, mas outras áreas, com menor apelo e força no Congresso não o fizeram – esse movimento vale para o bem e para o mal, e as emendas que talvez reforçariam o que seria um desequilíbrio temporário e acabou se transformando em permanente [...]. É de novo o enfraquecimento da política. **(Entrevista J01)**

Em decorrência da morosidade da produção legislativa estruturante, esteve subentendida a cessão de parte do poder regulatório ao executivo, o que também estaria submetido aos processos avaliativos. Nessa seara houve a percepção de que o Poder Judiciário também tem atuado no campo da formulação legislativa:

O SUS sem dúvida é alvo da intervenção da lei e hoje vai se moldando por conta também das imposições judiciais. Impor formatações ao SUS é, na medida da responsabilidade e da ponderação, papel do legislativo para que o sistema seja cada vez mais contemporâneo e não seja descolado da sociedade. [...] O judiciário desde 2009 tem atuado fortemente e talvez até mesmo substituindo o legislativo na formulação. **(Entrevista J02)**

Em que pese existentes críticas à hipertrofia do Poder Judiciário, por conseguinte veio o reconhecimento dos esforços de aproximação entre os diferentes poderes e avaliação acerca do necessário reequilíbrio:

As leis são cada vez mais complexas, conflitivas e órgãos de controle hipertrofiados [...] O legislativo não se ocupa em qualificar a gestão. Primeiro porque não tem conhecimento, não tem informação sobre o assunto e o que chega até o legislativo são questões corporativas [...] e não são questões estruturais do sistema. [...] **(Entrevista L01)**

Há um protagonismo no poder judiciário e isso requer imediata busca ao reequilíbrio dos poderes. O judiciário cresceu no exercício das competências do executivo e em certa medida do legislativo. O legislativo cresceu nas competências do executivo, então é tarefa urgente que o executivo retome sua atribuição. É flagrante o desequilíbrio que é muito ruim, porque sendo o executivo – o 'Estado em Ação' – significa que se está com os braços atrofiados. **(Entrevista J01)**

As mesmas críticas valeram para os sistemas de controle interno e externo que atuam em nome dos poderes. Mesmo que se considere existir várias razões para a tal hipertrofia, o que pode haver de comum entre elas é a lei:

Atualmente os órgãos de controle possuem quadro técnico qualificado e bem remunerado capaz de trabalhar com avaliação de políticas públicas, com o objetivo de apontar diretrizes [...] estão trabalhando como órgãos policialescos, deixando de construir modelos avaliativos e preventivos em prol da gestão. A atuação dos tribunais de contas, da forma que está, depende do erro e do fracasso da gestão. **(Entrevista E02)**

[...] essa atuação dos órgãos de controle, que nem sempre têm conhecimento sobre a legislação, ou têm interpretação diferente, ou que não levam em conta o contexto em que a decisão do gestor ocorreu e acrescenta-se ainda a judicialização das ações, que tem levado a um afastamento progressivo dos bons gestores das posições de decisão. [...] Será cada vez mais difícil achar gestores com conhecimento, íntegros, devido aos arroubos dos órgãos de controle. **(Entrevista L01)**

Em um momento em que a avaliação tem seu campo de atuação ampliado, a lei precisa ser encarada no âmbito das respostas que o Estado deve oferecer à sociedade. Nesse fio lógico, a escolha de abordagem e de método que a avaliem enquanto intervenção deve considerar sua complexidade. Essa prática pode revelar-se meio para o aperfeiçoamento das competências e reequilíbrio entre os poderes, notadamente para dar autonomia ao executivo, ofertando segurança ao governante, de forma a manter e ampliar os instrumentos de garantia de cidadania.

Ao tomar a Teoria de Mudança como elemento que apoia a aprendizagem e o aperfeiçoamento, a criação e avaliação das leis devem considerar as evidências em suas diferentes complexidades.

Neste sentido, tomada a lei como propulsora de mudanças sociais, a transformação do sistema de saúde brasileiro deu-se, a partir da CF/88, realçada, entretanto a mobilização social havida na ocasião:

A lei é um incentivo poderoso. Basta ver o efeito da Constituição de 1988. Contudo, é muito difícil concretizar os princípios mencionados. Principalmente a universalidade e a participação popular. **(Entrevista J03)**

Os defensores da Teoria de Mudança indicam que o processo pelo qual ocorre uma transformação social deve reconhecer que contextos e processos estão sempre em fluxo, com questões emergentes, imprevistos riscos e surpresas que surgem em toda a parte (139).

A Teoria de Mudança impõe a elaboração de modelagem, ou seja, uma imagem deve contemplar desde o contexto até o alcance de resultados em longo prazo, com análises estratégica e operacional, seleção de indicadores, a identificação de pré-condições, a responsabilização e a identificação do que é ou não considerado alcance de sucesso, mantendo-se flexível para que comunique suficientemente suas pretensões (140,141,76).

A aplicação de processos avaliativos sobre a lei, quiçá fundamentados em Teoria de Mudança, pode promover a alteração da avaliação social acerca de cada congressista e das casas parlamentares, de forma a alterar qualificadamente o cenário vigente demonstrado ao longo do capítulo anterior:

[...] o importante é o debate, a discussão e as modificações em leis complementares, ordinárias, emendas e nas medidas provisórias enviadas pelo executivo e que se transformarão em leis. [...] Um ótimo parlamentar pode não ter aprovado nenhuma lei, mas ter contribuído efetivamente para os debates. Medir o desempenho do parlamentar pelo número de projetos aprovados é uma visão absolutamente míope, caolha e que não responde à realidade. [...] As mídias sociais influenciam muito, hoje os parlamentares querem saber quantos seguidores, quantas curtidas, aplausos, qual a aprovação e reprovação. Os parlamentares balizam seu trabalho pelo *feedback* positivo das redes sociais, mesmo que isso não corresponda ao que de fato represente benefício à população. [...] Vejo isso com muita preocupação, é a espetacularização do legislativo, do judiciário, do Ministério Público, dos órgãos policiais, é, em longo prazo, extremamente deletéria para a gestão pública de qualidade. **(Entrevista L01)**

Observa-se que os órgãos de controle de contas públicas, têm alterado sua sistemática de avaliação de políticas deixando de fazê-lo exclusivamente em prol da métrica da eficiência (59,60,69), mas não necessariamente têm

incluído o impacto da lei em suas análises. Estima-se que a avaliação por desempenho, resultado, criação de valor social, seja incrementada de forma gradual, num esforço de qualificar a formulação, a execução, o monitoramento, o controle e o aprimoramento das políticas públicas, num ciclo virtuoso, que inclua a comunidade e que considere a lei como intervenção.

A análise da lei como intervenção no campo da saúde cumpre o que foi pretendido pelo último objetivo específico, restando numa resposta positiva: é possível, consideradas cumpridas as condições impostas pelos processos avaliativos, que a lei seja tomada como intervenção no campo da saúde e dessa forma, avaliada.

Os estudos para a elaboração da presente tese foram iniciados em 2015 e este debate já encontra eco no Congresso Nacional. O Senado Federal brasileiro apresentou o Projeto de Lei do Senado (PLS) n. 488, de 2017 (Complementar) para acrescentar dispositivos à LC n. 95, de 26 de fevereiro de 1998, com o intuito de estabelecer normas e diretrizes para encaminhamento de proposições legislativas que instituem políticas públicas, propiciando mais responsabilidade gerencial na administração pública. O PLS foi aprovado no Senado Federal e seguiu para apreciação da Câmara de Deputados (142).

O documento de justificção do referido projeto de lei fundamenta-se na constante inquiçção do Congresso Nacional acerca da capacidade estatal na prestaçção positiva adequada à realidade socioeconômica do Brasil e ao desenvolvimento social propiciado pelos resultados das políticas sociais. Entretanto, o Senado Federal não inclui na proposiçção, qualquer mençção sobre o as influências da atuaçção legislativa nas políticas públicas. Dá-se a impressão que os voluntarismos estão, exclusivamente, no Poder Executivo.

A referida proposta legislativa assume a influência dos órgãos de controle e pretende incluir em LC à CF/88 a obrigatoriedade ao poder executivo de que seja encaminhado ao Poder Legislativo, 'avaliação de impacto da norma' que pretenda estabelecer política pública, mediante avaliação *ex-ante* à vigência da lei, de 'forma a minimizar possíveis falhas quando da concretização da ação estatal, além de maximizar o retorno para a sociedade'. A proposiçção legislativa utiliza expressões próprias dos processos avaliativos: 'eficiência', 'eficácia', 'efetividade', 'economicidade', que carecerão de regulamentação e na

prática, de modelos lógicos bastante complexos. É um assunto que merece aprofundamento dada a necessidade de comparar os conceitos do campo da avaliação de políticas públicas e sua utilização na mencionada proposição legislativa, entretanto por estar fora do escopo da presente tese, deverá ser alvo de estudo específico.

Em um cenário que envolve tanto a expansiva atuação de órgãos de controle e do setor privado no campo da saúde quanto o subfinanciamento reconhecidamente crônico do SUS, desacertado pelas emendas parlamentares impositivas e pelo 'congelamento de gastos públicos' por duas décadas, torna-se essencial à sobrevivência do SUS a demonstração de resultados alcançados e o estabelecimento de valor social, inclusive para pleitear sua existência. São adequados os fundamentos da Teoria de Mudança que exigem compromisso, pensamento, aprendizagem e responsabilização.

Considerações Finais

Quando iniciada a pesquisa, já se sabia, obviamente, que a CF/88 admitira o sistema misto (público e privado) para a saúde no Brasil, ainda assim pretendeu-se a aferição do conjunto de leis *versus* as pretensões da VIII CNS. Entretanto, somente a caminhada é que possibilitou conhecer, por um lado o volume de leis que atuam sobre o campo da saúde, e por outro, que este quantitativo impossibilitaria comparações mais precisas e aprofundadas, como inicialmente se pretendeu.

É surpreendente a quantidade de leis federais que alcançam o campo da saúde, entretanto, interessam sobremaneira ao SUS, a própria CF/88, as Leis n. 8.080/90 e 8.142/90, a EC. 29/00 e a LC 141/12, pois as demais entrecortaram as categorias estudadas e sua importância, em termos de impacto, deve ser alvo de avaliação, conforme os diferentes interesses.

As décadas e os governos estudados foram marcados por cenários que referiram crise e necessidade de reformas no sistema de saúde, o que foi reiterado pelas entrevistas.

Tais fatores corroboraram a identificação de um vácuo no âmbito das avaliações no campo da saúde: a lei não é considerada intervenção, nem na doutrina, nem na prática avaliativa. Esse foi o motivo pelo qual o presente trabalho buscou demonstrar a necessidade e a possibilidade de que lei passe a ser admitida como intervenção no campo da saúde.

Essa admissibilidade possibilitará a inclusão da lei na doutrina e nas práticas da avaliação em saúde acarretando que a demonstração de resultados originados das pesquisas avaliativas seja capaz de revelar em que medida a imposição legal propiciou a atuação política na saúde, e, conseqüentemente, sua eficácia.

Os desafios para o SUS dizem respeito ao modelo de atenção, à organização, aos recursos humanos, ao planejamento e à avaliação. Entretanto, não será possível avançar nos aspectos sanitários e na melhoria das condições de saúde, sem incremento financeiro e ampliação de apoio social. Não parece haver, em tempo próximo, mudança promissora e nesse

contexto caberá ao SUS sobreviver e progredir, porque uma ação é vital à outra.

Nesse conjunto de preocupações, as leis são elemento comum e podem levar o SUS à progressão ou ao colapso, portanto, é indubitável que sejam tidas e avaliadas como intervenção no campo da saúde.

Somente o cumprimento responsável e efetivo das obrigações constitucionais conferidas aos poderes instituídos e a ampliação do apoio social é que serão capazes de fortalecer a tessitura social, no âmbito da saúde.

Referências

- 1- Amaral GL, Olenike JE, Amaral LMF, Yasbek FS. Quantidade de Normas editadas no Brasil: 30 anos da constituição federal de 1988. Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação. 2018.
- 2- Santos AO, Lima JAO. Project 'Suslegis': Consolidation of Rules of the Unified Health System (SUS). *Journal of Law and Regulation / Revista de Direito Setorial e Regulatório*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 289-306, may 2018. ISSN 2446-5259. [internet]. [Acesso em 05.02.2019];
- 3- Ministério da Saúde (Brasil). Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. [internet]. [acesso em 02.02.2019]; Disponível na URL <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>
- 4- Cohn A. Caminhos da Reforma Sanitária. [internet]; [acesso em 24.01.2019]. Disponível na URL < <http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf> .
- 5- Paim J. A democratização da saúde e o SUDS o caso da Bahia. *Saúde em Debate*, v. 27, p. 5-11, 1990.
- 6- Cordeiro H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.
- 7- Levcovitz E. Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS – um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde 1974-1986. Tese de doutorado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 286 pp; 1997.
- 8- Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (mestrado), ENSP/Fiocruz.
- 9- Dallari DA. Elementos de teoria geral do estado. São Paulo: Saraiva, 2002.
- 10- Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- 11- Dallari SG. Os estados brasileiros e o direito à saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.
- 12- Kelsen H. Teoria pura do direito. São Paulo: Martins fontes; 2009.
- 13- Aith FMA. Curso de Direito Sanitário. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- 14- Aith FMA. Políticas Públicas de Estado e Governo: Instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção, proteção dos direitos humanos. In Maria Paula Dallari Bucci (org). *Políticas Públicas: Reflexões sobre o Conceito Jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006.
- 15- Barroso LR. Temas de Direito Constitucional. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- 16- Dallari DA. Elementos de teoria geral do estado. São Paulo: Saraiva, 2010.
- 17- Dallari DA. Os estados brasileiros e o direito à saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.
- 18- Dallari DA. A constituição na vida dos povos da idade média ao século XXI. 1. Ed. São Paulo: Saraiva. 2010.
- 19- Alexy R. *Teoría de los Derechos Fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2002.
- 20- Bonavides P. *Historia Constitucional do Brasil*. Brasília/Brasil: UnB: 1970.
- 21- Bonavides P. *Curso de Direito Constitucional*. 23. ed., São Paulo: Malheiros, 2008.
- 22- Bonavides P. *Ciência Política*. 16. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.
- 23- Bobbio N. *O conceito de sociedade civil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.
- 24- Bobbio N. *Teoria das Formas de Governo*. Brasília/Brasil Editor: UnB, 1998.
- 25- Rawls J. *Uma teoria da Justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

- 26- Comparato FK. A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos. 7. Ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
- 27- Sen A. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro: Record; 2001.
- 28- Sen A. A Ideia da Justiça. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.
- 29- Almeida MH. Federalismo e políticas sociais. In: Affonso RBA de, Silva PLB. Federalismo no Brasil: descentralização e políticas sociais. São Paulo: Fundap; pág. 13–40; 1996.
- 30- Schraiber LB (org.). Programação em saúde, hoje. São Paulo, Hucitec, 1996.
- 31- Paim J, Travassos C, Almeida C, BAHIA L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet: Online. Séries. [internet]. [Acesso em 16.02.2019]; Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf
- 32- Sader, E. Quando novos personagens entraram em cena. São Paulo, Paz e Terra, 1988.
- 33- Jacobi, P. Movimentos sociais e políticas públicas. São Paulo, Cortez, 1989.
- 34- Vaistman J, Ribeiro JM, Lobato LVC. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [2]: 589-611, 2013.
- 35- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). [internet]. [Acesso em 16.02.2019]; Disponível em: www.conass.org.br.
- 36- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Brasil). [internet]. [Acesso em 16.02.2019]; Disponível em: www.conasems.org.br. Acesso em 16.02.2019;
- 37- Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil). [internet]. [Acesso em 16.02.2019]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm .
- 38- Bloom BS, (Ed.). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook I, cognitive domain. New York: Longman; 1956.
- 39- Bloom BS *et al.*, Taxonomia de Objetivos Educacionais. Domínio Cognitivo.Ed. Globo, Porto Alegre, 1974.
- 40- Costa AL. Developing minds: A resource book for teaching thinking. Alexandria, (Ed.). VA: ASCD; 2000.
- 41- Laurell AC, Lopez O. Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health. Int J Health Serv.; p. 1-18;1996.
- 42- Laurell AC, Herrera J. La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. Salud Colectiva. 2010. [internet]. [Acesso em 10.01.2019]; Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115020002>;
- 43- Foucault M. Naissance de la clinique: une archeologie du regard médical. Paris, PUF, 1966.
- 44- Foucault M. Surveiller et punir. Paris, Gallimard, 1979.
- 45- Dallari SG. Direito Sanitário, ao citar Jean-Michel Lemoyne de Forges. [internet]. [Acesso em 12.02.2018]; Disponível em: <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/26843-26845-1-PB.pdf>.
- 46- Rosen G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro, Graal, p. 77-141; 1980.
- 47- Silva GR. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo, 28(2):31-5, 1973.
- 48- World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Genebra; 1946.
- 49- Santos AO, Hartz Z, Delduque MC. Pensar a Lei como Intervenção no Processo Avaliativo do Direito à Saúde. [internet]. [Acesso em 19.03.2019]; Disponível em: link <https://goo.gl/nXnBHj>
- 50- Figueiredo, TA; Hartz, ZM. Avaliação de desempenho da regulação em saúde. Anais do Instituto de Medicina e Higiene Tropical da Universidade Nova de Lisboa. Regulação na saúde. 16:S.19; 2017.

- 51- Canotilho, JGG. Direito constitucional e teoria da constituição. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.
- 52- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria de Consolidação n. 02. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. [internet]. [Acesso em 09.03.2019]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. 2017b.
- 53- Canaris CW. Pensamento sistemático e conceito de sistema na ciência do direito. Tradução de Antônio Manuel da Rocha Menezes. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 20-25; 1989.
- 54- Rizek, RJ. O processo de consolidação e organização legislativa. Tese Doutorado — Universidade de São Paulo, p.10, 124, 304; 2009.
- 55- Carvalho, MDN. Racionalização do ordenamento jurídico e democracia. In: ALMG (Ed.). A Consolidação das leis e o aperfeiçoamento da democracia. Belo Horizonte: ALMG, cap. 1, p. 13–38; 2003.
- 56- Weiss, C. Evaluation Research: Methods for Assessing Program Effectiveness. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1972 *apud* MORRA-IMAS, Linda G.; RIST, Ray C. The road to results: designing and conducting effective development evaluations. Worldbank. Washington, 2009.
- 57- Actknowledge and Aspen Institute. Theory of Change. Roundtable on Community Change. S. loc., [internet]. [Acesso em 07.03.2019]. Disponível em: <http://www.theoryofchange.org>. 2003.
- 58- International Standards of Supreme Audit Institutions. Princípios Fundamentais de Auditoria do Setor Público – ISSAI 100 in Normas Internacionais das Entidades Fiscalizadoras Superiores (ISSAI): Princípios Fundamentais de Auditoria (nível 3). TCU. Brasília, 2015.
- 59- Tribunal de Contas da União (Brasil). Manual de Auditoria Operacional, TCU. Brasília, 2010.
- 60- Tribunal de Contas da União (Brasil). Técnicas de análise de problemas para auditorias. TCU. Brasília, 2013.
- 61- Daychoum M. 40 ferramentas e técnicas de gerenciamento. Brasport. Rio de Janeiro, 2007.
- 62- Bombardi, F. Verberte Draft: Teoria da Mudança. [internet]. [Acesso em 19.04.2019]. Disponível em: <https://projetodraft.com/verbete-draft-o-que-e-teoria-da-mudanca/>.
- 63- Silva R. Verberte Draft: Teoria da Mudança. [internet]. [Acesso em 19.04.2019]. Disponível em: <https://projetodraft.com/verbete-draft-o-que-e-teoria-da-mudanca/>.
- 64- Valters C. Theories of Change Time for a radical approach to learning in development. [internet]. [Acesso em 19.04.2019]; Disponível em: https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9835.pdf?_ga=2.107682885.691185589.1555794773-2003860653.1555794773.
- 65- Morra-imas LG, Rist RC. The road to results: designing and conducting effective development evaluations. World Bank. Washington, 2009 *in* A Teoria da Mudança e sua possível utilização em Auditorias Operacionais // Artigos PALUMBO, Salvatore. Movendo-se dos insumos aos impactos (adaptado de MORRA-IMAS; RIST, 2009, p. 152). Brasília, 2015;
- 66- Stein D, Valters C. ‘Understanding “Theory of Change”’, in ‘International Development: A Review of Existing Knowledge’. JSRP Paper 1, London: JSRP and The Asia Foundation, 2012.
- 67- International Program for Development Evaluations Training. Designing and Conduction Effective Evaluations : Core Curriculum Presentations. Ottawa, 2015.
- 68- Clark, H; Anderson AA. Theories of change and logic models : Telling them apart (apresentação). Aspen Institute Roundtable on Community Change. Aspen, 2004.
- 69- Mafra, S. A teoria da mudança e sua possível utilização em auditorias operacionais. Revista do Tribunal de Contas da União. [internet]. [Acesso em 19.04.2019]; Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/1326/1428>

- 70- Babovic M, Vukovic D. 'Social Accountability in Cambodia'. JSRP Paper 19. London: JSRP and The Asia Foundation. 2014.
- 71- Care International. Defining Theories of Change. London: CARE International UK. 2012.
- 72- Djurdjevic-Lukic S. 'Community Policing and Community Security: Theory and Practice in Timor-Leste'. JSRP Paper 16. London: JSRP and The Asia Foundation. 2014.
- 73- Rowland N; Smith CQ. 'Rebuilding State-Society Relations in Post-War States: Assessing a Theory of Change Approach to Local Governance Reform in Timor Leste'. JSRP Paper 15. London: JSRP and The Asia Foundation. 2014.
- 74- Stein D. 'Community Mediation and Social Harmony in Nepal'. JSRP Paper 5. London: JSRP and The Asia Foundation. 2013.
- 75- Valters C. 'Community Mediation and Social Harmony in Sri Lanka'. JSRP Paper 4. London: JSRP and The Asia Foundation. 2013.
- 76- Valters C. 'Theories of Change in International Development: Communication, Learning or Accountability?' JSRP Paper 17. London: JSRP and The Asia Foundation. 2014.
- 77- Van ESM, Guijt I. 'Theory of Change as Best Practice or Next Trick? Hivos' Journey with Strategic Reflection', in R. Eyben, I. Guijt, C. Roche and C. Shutt (eds) *The Politics of Evidence and Results in International Development: Playing the Game to Change the Rules? Rugby: Practical Action Publishing. 2015.*
- 78- Mosse D. 'Process-Orientated Approaches to Development Practice and Social Research', in D. Mosse, J. Farrington and A. Rew (1998) *Development as Process*, ODI Development Policy Studies. New York: Routledge. 1998;
- 79- Korten DC. 'Community Organization and Rural Development: A Learning Process Approach'. *Public Administration Review* 40(5): 480-511. 1980.
- 80- Allana A. 'Navigating Complexity: Adaptive Management in the Northern Karamoja Growth, Health & Governance Program'. Ottawa: Engineers Without Borders Canada and Mercy Corps. 2014.
- 81- O'keefe M, Sidel J, Marquette H, Roche C, Hudson D, Dasandi N. 'Using Action Research and Learning for Politically Informed Programming'. Research Paper 29. Birmingham: DLP. 2014.
- 82- Funnell SC; Rogers PJ. *Purposeful Program Theory: Effective Use of Theories of Change and Logic Models*. New York: John Wiley & Sons. 2011.
- 83- Rogers PJ. 'Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions'. *Evaluation* 14 (1): 29-48. 2008.
- 84- James C. 'Theory of Change Review: A Report Commissioned by Comic Relief'. London: Comic Relief. 2011.
- 85- Retolaza I. 'Theory of Change: A Thinking and Action Approach to Navigate in the Complexity of Social Change Processes'. New York: Hivos, UNDP and Democratic Dialogue. 2011.
- 86- Vogel I. 'Review of the Use of "Theory of Change" in International Development'. London: DFID. 2012.
- 87- Booth D. 'Still Watering White Elephants? The Blueprint Versus Process Debate Thirty Years On', in AM. Kjær, L. Engberg Pedersen and L. Buur (eds) *Perspective on Politics, Production, and Public Administration in Africa: Essays in Honour of Ole Therkildsen*. Copenhagen: Danish Institute for International Studies. 2015.
- 88- Therkildsen O. 'Watering White Elephants? Lessons from Donor Funded Planning and Implementation of Water Supplies in Tanzania'. Uppsala: Scandinavian Institute of African Studies. 1988.

- 89- Booth D; Chambers V. 'The SAVI Programme in Nigeria: Towards Politically Smart, Locally Led Development'. London: ODI; 2014.
- 90- Weiss CH. Evaluation research: methods for assessing program effectiveness. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1972.
- 91- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo, HUCITEC, 2008.
- 92- Lemos ANE, Lima JA, Aranha, MI. Processo de Consolidação SUSLegis: Discussões do Desenho Metodológico. Coletânea de Direito à Saúde. Boas Práticas e Diálogos Institucionais. [internet]. [Acesso em 16.02.2019]; Disponível em: <https://goo.gl/TAErst>.
- 93- Cellard, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.
- 94- Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2004.
- 95- Minayo, MCS, Minayo-Gomez, C. Díficeis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. [internet]. [Acesso em 16.02.2019]; Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d5t55/pdf/goldenberg-9788575412510.pdf#page=117>.
- 96- Maingueneau D. Novas tendências em análise do discurso. 3 ed. Campinas: Pontes - Editora da UNICAMP; 1997.
- 97- Maingueneau D. Doze conceitos em Análise do Discurso. 1 ed. Sousa-e-Silva MCPd, Possenti S, editores. São Paulo: Parábola Editorial; 2010.
- 98- Maccormick N, Weinberger O. An institutional theory of law. Dordrecht: Springer Science & Business Media; 1986.
- 99- Gill R. Análise de discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático 2. MLA. Rio de Janeiro: Vozes, p. 244-270; 2002.
- 100- Weiss CH. Evaluating Action Programs: readings in social action in education. Boston: Allyn Bacon Inc.; 1972.
- 101- Gerschmann S, D'A Vianna, AL. Descentralização e Desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In LIMA, N.T.; GERSCHMANN, S.; EDLER, F.C.; SUAREZ, J.M. (org.). Saúde e Democracia: história e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 307-351. 2005.
- 102- Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Cien Saude Colet, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009. [internet]. [Acesso em 21.04.2019]. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n3/10.pdf>.
- 103- Arouca AS. Introdução à crítica do setor saúde. Nêmesis, n. 1, p. 17-24, 1975;
- 104- Arouca AS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz, 2003.
- 105- Paim JA. Saúde política e reforma sanitária. Salvador: CEPS-ISC, 2002.
- 106- Paim JA. Direito à saúde, cidadania e Estado. In: VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília. Anais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 45-59; 1987.
- 107- Cebes. A questão democrática na área de saúde. Saúde em Debate, n. 9, p. 11-13, jan./mar. 1980.
- 108- Teixeira SF. (org.) Reforma sanitária em busca de uma teoria. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989.
- 109- Arouca AS. A reforma sanitária brasileira. Tema: Radis, n. 11, p. 2-4, 1988.
- 110- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Conass Debate: O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde. [internet]. [Acesso em 22.04.2019]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>.

- 111- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Conass Documenta n. 18: As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas. [internet]. [Acesso em 22.04.2019]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-18/>.
- 112- Rodriguez EN. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- 113- Minayo MCS. Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde. [internet]. [Acesso em 17.04.2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000400001>.
- 114- Olson M. A lógica da ação coletiva. São Paulo: Edusp, 1999.
- 115 - Grau ER. O Conceito de Relevância Pública da Constituição de 1988. [internet]. [acesso em 17.05.2019]. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2zYrcemB6WAJ:https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/80683/84335/+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-d>
- 116- Santos AO, Delduque MC, Alves SMC. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. Cad. Saúde Pública ; 32(1):e00194815. [internet]. [acesso em 17.05.2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000100301&lng=pt. Epub 12-Fev-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194815>.
- 117- Draibe S. Rumos e metamorfoses - Estado e industrialização 110 Brasil: 1930/1960. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- 118- Martins L. Estado capitalista e burocracia no Brasil pós- 64. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- 119- Gouvêa GP. Burocracia e elites burocráticas 110 Brasil. São Paulo, Paulicéia, 1994.
- 120- Ministério de Ciência Tecnologia Inovação e Comunicação (Brasil). [internet]. [Acesso em 20.05.2019]. Disponível em : https://www.mctic.gov.br/mctic/opencvms/indicadores/detalhe/recursos_aplicados/indicadores_consolidados/2_1_3.html
- 121- Santos AO, Cupertino de Barros FP, Delduque MC. Reforçar a capacidade da pesquisa em saúde para compatibilizá-la às novas tendências. Artigo submetido à revista Saúde em Debate, em maio de 2019. (prelo)
- 122- Santos AO, Carvalho MV, Cupertino de Barros FP. Preocupações brasileiras: futebol e saúde. [internet]. [Acesso em 20.05.2019]. Disponível em: <file:///C:/Users/PC/Downloads/447-1490-1-PB.pdf>
- 123- Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, Oliveira WK; Penna GO. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. [internet]. [Acesso em 06.06.2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1811.pdf>
- 124- Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). Cien Saude Colet 2009; 14(6):2305-2316.
- 125- Malta, DC, Chioro AR, Jaime PC, Moraes OLN, Alves da Silva MM, Akerman M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. [internet]. [Acesso em 16.06.2019]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1799-1809/>
- 126- Minayo, MC. Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde. [internet]. [Acesso em 16.06.2019]. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742008000400001&script=sci_arttext&lng=pt
- 127- Interfarma Guia 2018 (Brasil). [internet]. [Acesso em 16.06.2019]. Disponível em: https://www.interfarma.org.br/guia/guia-2018/dados_do_setor/

- 128- Bahia, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. internet]. [Acesso em 16.06.2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000700401&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- 129- Moretti, B. O Planejamento Governamental como discurso: tensões entre a política e a técnica (1930 – 2003). [internet]. [Acesso em 16.06.2019]. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11685/1/2012_BrunoMoretti.pdf
- 130- Navarro, V. Classe social, poder político e Estado e suas implicações na Medicina. In: Abrasco/ENSP. Textos de apoio: Ciências Sociais 1. Rio de Janeiro: ENSP, 1983. p. 81-161.
- 131- Brasil. Organização Pan-americana de Saúde. Países estão gastando mais em saúde, mas pessoas ainda pagam muitos serviços com dinheiro do próprio bolso. [internet]. [Acesso em 22.06.2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5874:países-estao-gastando-mais-em-saude-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-servicos-com-dinheiro-do-proprio-bolso&Itemid=843
- 132- Vieira, SP, Sá e Benevides, RP, Vieira, FS. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. [internet]. [Acesso em 16.06.2019]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf
- 133- Pinotti, JÁ. Saúde no Brasil: Provocações e Reflexões. Conass. No prelo. 2019.
- 134- Wolkmer, AC, Fagundes, LM. Tendências contemporâneas do constitucionalismo latino-americano: estado plurinacional e pluralismo jurídico. [internet]; [Acesso em 19.04.2019]. Disponível em <http://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/2158/1759>.
- 135- Weiss, CH. Evaluating Action Programs: readings in social action in education. Boston: Allyn Bacon Inc.; 1972a;
- 136- Weiss, CH. Evaluation: methods for studying programs and policies. 2 ed. Upper Saddle River. NJ: Prentice Hall; 1998.
- 137- Champagne, F, Contandriopoulos, AP, Hartz, Z, Denis, JL. A avaliação no campo da saúde. In Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
- 138- Mcgee, R, Gaventa, J. 'Review of Impact and Effectiveness of Transparency and Accountability Initiatives'. Synthesis Report. Brighton: IDS, 2010.
- 139- Annie E Casey Fundation. Theory of change: A practical tool for action, results and learning. Organizational Research Services. Project report. UNSPECIFIED; 2004.
- 140- Anderson, AE. The community builder's approach to theory of change: a practical guide to theory development. Aspen Institute;
- 141- Brasil. Senado Federal. PLS n. 488, de 2017 (Complementar). [internet]; [Acesso em 19.07.2019]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/131852>