

**Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas  
Doutorado em Sociologia**

Luciana Assis Costa

**INSULAMENTO BUROCRÁTICO, AUTONOMIA DO ESTADO E INSERÇÃO  
SOCIAL: UM ESTUDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA COORDENAÇÃO  
NACIONAL DO SUS**

Belo Horizonte  
2011

**INSULAMENTO BUROCRÁTICO, AUTONOMIA DO ESTADO E INSERÇÃO  
SOCIAL: UM ESTUDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA COORDENAÇÃO  
NACIONAL DO SUS**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Sociologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Sociologia.

Orientador: Prof - Dr. Jorge Alexandre Barbosa Neves

Belo Horizonte  
2011

**LUCIANA ASSIS COSTA - INSULAMENTO BUROCRÁTICO, AUTONOMIA DO ESTADO E INSERÇÃO SOCIAL: UM ESTUDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA COORDENAÇÃO NACIONAL DO SUS**

Tese defendida no curso de Doutorado em Sociologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

---

Prof. Dr. Jorge Alexandre Barbosa Neves (Orientador) – UFMG

---

Prof. Dr. Antônio Augusto Pereira Prates – SOA/UFMG

---

Profa.Dra. Telma Menicucci - DCP/UFMG

---

Prof. Dr. Ricardo Carneiro – FJP

---

Prof. Dr. Denílson Marques - UFPE

## AGRADECIMENTOS

A elaboração desta tese apresentou alguns desafios, dos quais, neste momento, cabe ressaltar pelo menos dois: o primeiro decorrente de o objeto de investigação ser um órgão federal, no caso, o Ministério da Saúde (MS), sem que a pesquisadora tivesse nenhum contato prévio com a agência. Este fato, sem dúvida, gerou uma dificuldade enorme para acessar, tanto as pessoas quanto as informações internas ao MS. O segundo desafio se referiu à realização das entrevistas com especialistas da área, já que a maioria não se encontrava mais no Ministério da Saúde, o que demandou, primeiramente, um esforço para localizá-los e, posteriormente, para conseguir o agendamento da entrevista.

Em função dessas intempéries, o meu primeiro agradecimento se dirige à equipe de Coordenação Geral de Inovação Gerencial (CGIG) do Ministério da Saúde, especialmente à Aline e Márcia Blumm, que foram fundamentais para viabilização da pesquisa empírica. Além de me acolherem em Brasília, mediarão todos os contatos realizados no âmbito do Ministério.

Às secretárias da ABRASCO, CEBES, CONASS, CONASEMS e CNS que, prontamente, me auxiliaram no agendamento das entrevistas.

Um agradecimento especial a todos os que concederam as entrevistas disponibilizando tempo para discorrerem sobre a experiência no SUS e a percepção sobre a política de saúde.

À Profa. Telma Menicucci e ao Prof. Antônio Augusto, primeiramente, pelo carinho e gentileza com que sempre me trataram, pela leitura crítica e propositiva do projeto e, ainda, pelas indicações fundamentais de bibliografias.

Ao meu orientador Prof. Jorge Alexandre Neves que, corajosamente, me deixou trilhar de forma independente e autônoma na construção deste trabalho, embora sempre atento à delimitação do trajeto. E, ainda, pela segurança transmitida no processo de conclusão da tese, a partir da sua leitura minuciosa do texto.

A todos os professores do Departamento de Sociologia da UFMG, especialmente, ao Cláudio Beato, pela oportunidade de atuar junto ao seu grupo de pesquisa.

À minha amiga Flávia Brasil, pela escuta atenta e respeitosa das minhas lamúrias e dúvidas e pelas dicas preciosas de leitura. Ao José Ângelo, pela delicadeza com que me auxiliou na definição de alguns nomes para entrevista.

Também não posso deixar de agradecer à Profa. Maria Eliana Labra que, com toda a sua experiência e intimidade com a política de saúde, trouxe questionamentos que foram valiosos para a definição do meu objeto de estudo.

À equipe do CRISP/UFMG, Karina, Diogo, Felipe, Rodrigo, Joyce e Dani, que a partir de um contato intenso, embora fulgaz, me proporcionaram momentos divertidíssimos em meio à aridez e solidão, próprios ao doutorado.

Aos meus colegas da FUMEC, especialmente à Marisa e Júnia, pelo apoio e amizade. Aos novos colegas do Departamento de Terapia Ocupacional da UFMG, pela aposta na conclusão deste trabalho.

A minha família, por ter se mantido numa distância saudável do meu tema, permitindo um contato exclusivamente de afeto e acolhimento. À Ana Luisa, menina linda, que acaba de chegar, deliciosamente ingênua, que me fez conectar-me com os valores mais primários e essenciais da vida.

Aos meus amigos fraternos Altivo, Moisés, Mauro, Patrícia, Sílvia, Juliana e Lúcia, que se mantiveram por perto.

Ao Giovanni, parceiro sempre presente em todas as minhas escolhas, mesmo aquelas de condução mais solitária.

Por fim, a todos os militantes do SUS que permanecem atuantes e partícipes na defesa e construção de um sistema de saúde mais justo.

*No real da vida, as coisas acabam com menos formato, nem acabam. Melhor assim. Pelejar pelo exato dá erro contra a gente (Riobaldo, Grande Sertão: Veredas).*

## RESUMO

Esta tese teve como objetivo analisar a estrutura do aparato estatal responsável pela formulação e coordenação da política de saúde após a década de 1990, a partir da configuração da burocracia do Ministério da Saúde e as conexões do órgão com as forças societárias envolvidas com a temática. O argumento analítico que permeou o estudo é de que não é o excesso de burocracia pública a causa das ineficiências do Estado na condução das políticas setoriais, mas, sobretudo, a carência de um quadro administrativo coeso e meritocrático articulado com as forças societárias engajadas no setor. O estudo revela que a gestão federal do SUS foi desenvolvida por um quadro administrativo extremamente vulnerável, quando analisado o padrão de recrutamento dos servidores da sede do Ministério da Saúde bem como os processos de promoção interna do setor. A ausência e não o excesso de uma burocracia weberiana no âmbito do MS foi apontada como um dos graves problemas na coordenação nacional da política de saúde. Não obstante, a política de saúde ainda é reconhecida no País, após a consolidação do SUS, como um dos desenhos de política social mais bem-sucedido. Sem desconsiderar os impasses que o sistema enfrenta, os indicadores de saúde desde a década de 90 demonstram uma melhora significativa na condição de acesso e qualidade dos serviços prestados à população brasileira. Os avanços da política de saúde podem parcialmente ser explicados pela presença de mecanismos de natureza organizacional e cultural, tais como as associações acadêmicas e os órgãos colegiados internos e externos à burocracia do estado, que atuam como uma *teia administrativa do setor*. Esses mecanismos permitem a conexão do MS com as demandas regionais e locais de saúde, bem como a disseminação de uma forte cultura sanitária que podem compensar a ausência de elementos típicos das burocracias tradicionais na condução da política de saúde. Esta análise é subsidiada pelo modelo de autonomia inserida de Peter Evans, fundamentado na abordagem institucional comparativa, o qual avança em relação ao modelo fechado de racionalidade, ao tratar o Estado, não de forma isolada do ambiente, mas, sim, sensível às relações sociais circundantes, somada ao conceito de isomorfismo de DiMaggio & Powell (1983), que diz respeito aos mecanismos que emergem do ambiente e produzem padrões comportamentais homogêneos que podem levar à estabilidade e à coesão organizacional. Isto significa que a burocratização e a homogeneização podem emergir, sobretudo, fora do campo estrutural da organização. O estudo foi conduzido a partir de uma pesquisa de natureza qualitativa, na qual as técnicas utilizadas de coleta de dados primários foram basicamente a análise documental (leis federais, normas e portarias ministeriais selecionadas, documentos oficiais do Ministério da Saúde) e entrevistas semiestruturadas com especialistas da saúde. O trabalho foi desenvolvido e estruturado a partir de quatro capítulos. No primeiro capítulo, logo após a introdução, que se refere à fundamentação teórica, discutiu-se a possibilidade de análise da relação entre estado e sociedade, a partir do institucionalismo sociológico, sob a ótica do modelo de autonomia inserida de Peter Evans somada ao conceito de isomorfismo de DiMaggio & Powell. No segundo capítulo fez-se uma síntese histórica da consolidação do sistema de saúde brasileiro, ressaltando a dualidade da política de saúde até década de 1990 e, posteriormente, a consolidação do SUS sob a coordenação do Ministério da Saúde. O terceiro capítulo buscou configurar a estrutura formal do Ministério da Saúde a partir do padrão de recrutamento dos servidores e planos de carreira. Por fim, no quarto capítulo, identificou-se a teia administrativa da saúde representada pelos canais concretos de participação no âmbito federal, qualificando a relação entre o MS e esses mecanismos na condução da política.

Palavras - chave – burocracia, política de saúde, institucionalismo sociológico, modelo *autonomia inserida*

## ABSTRACT

This thesis has as its objective of analysis the structure of the state apparatus responsible for the formulation and coordination of the politics of healthcare after 1990, starting with the configuration of the bureaucracy of the Ministry of Health and its connections with the societal forces involved in this topic. The analytical argument that permeated the study is that which is not the excess of public bureaucracy because of inefficiencies in the State conduct of sectoral policies, but rather the lack of a cohesive and meritocratic administrative frame articulated with societal forces engaged in the sector. The study reveals that the federal management of SUS (National Health System) was developed by an extremely vulnerable administrative frame, through analysis of both the recruitment model of the servants of the Ministry of Health headquarters as well as the processes of internal promotion in the sector. The absence, and not the excess, of a Weberian bureaucracy in the sphere of the Ministry of Health was determined as one of the gravest problems in the national coordination of healthcare policy. Nonetheless, healthcare policy is still recognized nationally, after the consolidation of National Health System - SUS, as one of the most successful social policies. Without disregarding the deadlocks that the system confronts, the indications of healthcare since 1990 show a significant improvement in the condition of access and quality of the services provided to the Brazilian population. The advances in healthcare policy can partially be explained by the presence of organizational and cultural mechanisms that contributed towards forging a balance between the insulation of the bureaucracy of the Ministry of Health and its societal insertion. This analysis is supported by the model of “embedded autonomy” theorized by Peter Evans, based in the on comparative institutional approach, which expands upon the closed model of rationality, to treat the State not as isolated from the environment, but as sensitive to the surrounding social relations. The study was conducted starting with a qualitative inquiry, in which the techniques of data collection were basically the analysis of primary sources (federal laws, selected ministerial edicts and norms, official documents of the Ministry of Health) and semi-structured interviews with healthcare specialists. The work was developed and structured into four chapters. The first chapter refers to theoretical grounding, discussing the possibility of analysis of the relationship between the state and society, beginning with sociological institutionalism under the viewpoint of the model of embedded autonomy suggested by Peter Evans coupled with the concept of isomorphism by DiMaggio and Powell. The second chapter is a historical synthesis of the consolidation of the Brazilian healthcare system, emphasizing the duality of healthcare policy until 1990 and thereafter the consolidation of SUS under the coordination of the Ministry of Health. The third chapter seeks to set the formal structure of the Ministry of Health beginning with the recruitment model of the servants and career plans. In closing, the fourth chapter identifies the administrative web of healthcare, represented by the concrete channels of participation in the federal circuit, qualifying the relationship between the Ministry of Health and these mechanisms in the conveyance of policy.

Keywords – bureaucracy, healthcare policy, Sociological Institutionalism, model of embedded autonomy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### 1. LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Estrutura organizacional do Ministério da Saúde .....	71
Quadro 2 Competências atribuídas ao Ministério da Saúde desde a sua formação a atuação como órgão gestor do SUS.....	74
Quadro 3 Perfil profissional dos dirigentes das secretarias executivas e de assistência à saúde em diferentes gestões ministeriais .....	98



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Situação dos vínculos de trabalho dos servidores lotados no Ministério da Saúde no período 2005/2011 .....	86
Tabela 2 Total de força de trabalho lotado na sede do Ministério da Saúde por situação de vínculo no período 2005/2011 .....	89
Tabela 3 Comparativo dos cargos em comissão e funções gratificadas da administração direta do Ministério da Saúde.....	91
Tabela 4 Quantitativo de servidores públicos federais por situação de vínculo segundo os órgãos administrativos – 2010.....	94
Tabela 5 Quantitativo dos servidores públicos federais civis ativos do Poder Executivo por nível de escolaridade do cargo.....	95

## **LISTA DE SIGLAS**

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ABRASCO – Associação Brasileira de pós-graduação em de Saúde Coletiva

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMB - Associação Médica Brasileira

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BIRD – Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CDS – Conselho de Desenvolvimento Social

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEF – Caixa Econômica Federal

CEME – Central de Medicamentos

CESUMAR – Centro Universitário de Maringá

CF – Constituição Federal

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CIPLAN – Coordenação Interinstitucional e de Gestão Colegiada

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CPST – Carreira da Previdência, Saúde e Trabalho

CTU - Contrato Temporário da União

DAS - Direção e Assessoramento Superiores

DASP – Departamento Administrativo do Serviço Público

DOU - Diário Oficial da União

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FEGE – Fator de Estímulo à Gestão Estadual

FEM – Fator de Estímulo à Municipalização

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FBH – Federação Brasileira dos Hospitais

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HEMOBRAS - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INTO – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MEC – Ministério de Educação e Cultura

MF - Ministério da Fazenda

MARE - Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado

MITI – Ministry of International Trade of Industry

MS - Ministério da Saúde

MPAS – Ministério de Previdência e Assistência Social

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OSC – Organização da Sociedade Civil

PCB - Partido Comunista Brasileiro

PCC – Plano de Classificação de Cargos

PDI – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPI – Programação Pactuada e Integrada

SIAPE – Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SES – Secretaria de Estadual de Saúde

SPS - Secretaria de Política de Saúde

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICAMP - Universidade de Campinas

UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	25
3 A TRAJETÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO .....	42
3.1 Falência do modelo médico previdenciário e abertura democrática .....	58
3.2 A Reforma da Saúde pós - 1988.....	63
4 MORFOLOGIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: ATRIBUIÇÕES; ESTRUTURA ORGANIZACIONAL; COMPOSIÇÃO DOS CARGOS ADMINISTRATIVOS .....	69
4.1 Composição dos cargos e funções do Ministério da Saúde .....	79
4.2 Série histórica do quantitativo dos funcionários públicos lotados no Ministério da Saúde .....	82
4.3 O perfil profissional dos dirigentes das secretarias executivas e de assistência à saúde do MS .....	97
4.4 O ônus decorrente da presença de características do modelo de estado intermediário no âmbito do Ministério da Saúde .....	105
5 A CONFIGURAÇÃO DA REDE ADMINISTRATIVA DA SAÚDE.....	112
5.1 Relação da teia administrativa com a burocracia do Ministério da Saúde .....	121
5.2. As normatizações da saúde como mecanismo gerador de estabilidade institucional e coesão na condução da política de saúde.....	139
6 CONCLUSÃO .....	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	157

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro foi constituído a partir de dois aparatos institucionais distintos: a assistência médica individual, de natureza securitária e corporativista, prestada pelo Ministério da Previdência Social e a saúde coletiva, com ênfase na prevenção, que se manteve sob a égide do Ministério da Saúde.

Até final dos anos 1980, a condução da assistência médica brasileira esteve sob a responsabilidade do Ministério de Previdência e Assistência Social e, portanto, apresentava-se fortemente centralizada no âmbito federal, numa relação corporativista com a massa operária e, por sua vez, com forte apelo clientelista com o setor privado de prestação de serviços de saúde.

Consoante a natureza corporativista-autoritária do regime político, a provisão de benefícios previdenciários, tal como a assistência médica, foi acompanhada pela restrição da participação dos trabalhadores no processo de formulação da política de saúde, que se limitava à mera instância de confronto interburocrático extremamente fértil aos interesses particularistas.

Nas décadas de 1970 e 1980, a arena de negociação no âmbito da saúde constituía-se basicamente pela presença marcante de quatro atores, sendo eles: o provedor empresarial privado credenciado pelo INPS; empresários das grandes companhias interessados em ampliar a assistência dos seus funcionários, os proprietários das empresas de medicina de grupo e, por fim, o pagador Estado, representado pela forte burocracia centralizada no Instituto Nacional de Previdência Social-INAMPS (HOCHMAN, 1992, MENICUCCI, 2007).

No que diz respeito à relação entre o Estado e os prestadores de serviços, ela foi balizada pelos recursos materiais do INAMPS, que desempenhavam um papel crucial na operação do sistema de saúde, por meio de oferta de privilégios ao setor privado da saúde, tanto nos moldes tradicionais de patronagem, como por meios indiretos, tais como as linhas de crédito, subsídios estatais e contratos que beneficiavam a indústria farmacêutica e hospitalar (NUNES, 2010).

Isso significa que a modernização do Estado brasileiro iniciada na década de 1930 e reafirmada nos anos 1960, ao mesmo tempo em que cria ilhas de eficiência em algumas agências estatais, não logrou impedir a permanência de padrões clientelistas especialmente na condução das políticas sociais.

Já a saúde pública, de caráter preventivo e coletivo, manteve-se no âmbito do Ministério da Saúde, criado em 1953, a partir do desmembramento do Ministério da Educação e Saúde. O MS herdou a agenda sanitária de combate às endemias rurais e epidemias que, até então, estava sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Educação e Saúde. Da década de 1950 à de 1980, o Ministério da Saúde atuou como gestor das ações de saúde pública, numa concepção universalista, sem que esta fosse uma diretriz prioritizada na consolidação do sistema de saúde brasileiro, cunhado pela medicina previdenciária (MACHADO, 2007).

Após a constituição de 1988, o País passa a contar com um Sistema Único de Saúde (SUS), resultado de um amplo movimento de reforma sanitária, originado em meados dos anos 1970 e que ganha força política e ideológica durante o processo de abertura democrática e, especialmente, em meio à crise do sistema de previdência social.

A transformação da concepção de saúde como direito universal e dever do Estado repercutiu diretamente na reorientação do modelo previdenciário de assistência médica para um sistema nacional de saúde acompanhado de uma reestruturação organizacional do estado nos três níveis de governo.

A partir da abertura democrática, o papel do Estado na condução da política de saúde se altera significativamente, tanto pela forma universal de provisão da assistência à saúde, que substitui o padrão corporativista previdenciário, quanto pela presença de canais de participação que passam a compor a arena decisória da política de saúde. Isso não significa que os padrões clientelistas preeminentes no período ditatorial foram suprimidos da relação entre Estado e sociedade na condução da política de saúde, mas não há como negar que novas relações foram construídas fundamentadas em maior participação social na construção do Sistema Único de Saúde.

Importantes mudanças administrativas também são evidenciadas no aparelho do Estado especialmente quanto ao órgão gestor da política de saúde. A proposta de um sistema integrado de saúde resultou paulatinamente na extinção do INAMPS, órgão gestor da assistência médica previdenciária desde a década de 1970, e na transferência da coordenação do sistema de saúde para o Ministério da Saúde historicamente responsável pela saúde coletiva.

Neste estudo, não se pretende tecer uma análise aprofundada do Estado brasileiro, mas, sobretudo, focalizar a relação entre Estado e sociedade na reorientação da política de saúde, a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde. Portanto, o foco do trabalho se deterá na compreensão de como o Estado, analisado a partir da sua forma de organização



burocrática, passa a se relacionar com os novos atores que compõem a arena decisória do setor no desenvolvimento da política de saúde pública após a década de 1990.

Parte-se do pressuposto de que a abertura democrática possibilitou novos arranjos relacionais entre Estado e sociedade, não mais passíveis de uma análise dicotômica entre insulamento e clientelismo, o que não sugere a supressão desses padrões de relacionamento, mas, sim, inovações advindas com a inserção formal de canais de participação na condução das políticas públicas.

Diante desse cenário democrático, pretende-se configurar a burocracia do Ministério da Saúde, órgão que atua como gestor nacional da política de saúde, desde a constituição do SUS, no que tange aos seus aspectos formais weberianos, padrão de seleção dos servidores públicos e planos de carreira, bem como a relação que este estabelece com a tessitura administrativa envolvida com o setor.

Embora o SUS seja implementado de forma descentralizada, com forte ênfase municipalista, reservando aos mecanismos de participação social um espaço de deliberação e controle das políticas de saúde, desde a década de 1990, o papel de formulação e coordenação nacional da política de saúde se mantém sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, que atua como gestor nacional do sistema, o que demonstra a importância da esfera federal na condução dessa política.

Vale destacar também que, a política pública de saúde, após a constituição de 1988, tem computado avanços importantes em direção à universalização do acesso à assistência à população brasileira, não obstante os inúmeros desafios que ainda enfrenta, sejam relativos ao subfinanciamento do sistema, a ineficiência da gestão e diferenciais no acesso aos serviços. De acordo com os resultados do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008, praticamente todos os indicadores de saúde apresentaram nos últimos anos uma tendência positiva no País<sup>1</sup>. A dimensão dos números e a qualidade de certos programas atestam os avanços obtidos pelo SUS<sup>2</sup> e isso pode ser analisado nas

---

<sup>1</sup> Ver trabalho publicado pelo IBGE em Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 25 Indicadores de Saúde no Brasil, 2009. Outros dados em SUS: avanços e desafios, livro publicado pelo CONASS, 2005.

<sup>2</sup> O SUS organiza-se por meio de uma rede diversificada de serviços que envolvem cerca de 6 mil hospitais, com mais de 440 mil leitos contratados e 63 mil unidades ambulatoriais. São 30.328 equipes de saúde da família, 234 mil agentes comunitários de saúde e 19 mil equipes de saúde bucal prestando serviços de atenção primária em mais de 5 mil municípios brasileiros. Os números anuais da produção de serviços de saúde são impressionantes: 12 milhões de internações hospitalares, mais de 1 bilhão de procedimentos em atenção primária à saúde, 150 milhões de consultas médicas, 2 milhões de partos, 300 milhões de exames laboratoriais, 1 milhão de tomografias computadorizadas, 9 milhões de exames de ultrassonografia, 140 milhões de doses de vacina, mais de 15 mil transplantes de órgãos, entre outros (CONASS,2005; IBGE,2008).

perspectivas das estruturas existentes, dos processos de produção de serviços e dos resultados sanitários (CONASS, 2005; IBGE/PNAD, 2008).

Em suma, a atuação do Ministério da Saúde como gestor nacional da política de saúde, associado aos avanços alcançados no setor desde a implementação do SUS, sem minimizar os graves problemas ainda enfrentados pelo sistema justifica a relevância deste estudo que pretende configurar a burocracia do Ministério da Saúde e sua relação com as forças societárias do setor.

Nesse sentido, o objetivo do estudo é analisar a estrutura do aparato estatal responsável pela formulação e coordenação da política de saúde após a década de 1990, a partir da configuração da burocracia do Ministério da Saúde e as conexões do órgão com as forças societárias envolvidas no setor.

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

Este estudo resulta de uma pesquisa de natureza qualitativa, na qual as técnicas utilizadas de coleta de dados primários foram basicamente a análise documental e as entrevistas semiestruturadas com especialistas da saúde.

A pesquisa qualitativa baseia-se em tipos diferentes de abordagens teóricas, e este estudo teve como epicentro a abordagem institucionalista sociológica sob a ótica de Peter Evans que permitiu analisar a ação do Estado numa perspectiva que transcende, tanto a linha do individualismo metodológico, quanto dos modelos estruturalistas. A partir do modelo de autonomia inserida, o autor analisa a eficiência do Estado não exclusivamente vinculada à sua estrutura interna meritocrática, mas, sobretudo, à conexão da burocracia com as redes externas que atuam como fonte de inteligência e consenso na condução das políticas setoriais.

Embora o autor lance mão dos elementos formalísticos weberianos, avança ao romper com o modelo fechado de racionalidade ao tratar o Estado não de forma isolada da sociedade, mas sim, sensível às relações sociais que o envolvem. Essa perspectiva de análise contempla a organização burocrática e as bases não burocráticas de solidariedade a partir de duas variáveis analíticas: o grau de profissionalização da burocracia, por meio do processo de seleção meritocrático e das formas de promoção interna dos funcionários públicos, e a capacidade de inserção do projeto governamental nas ambições e possibilidades da sociedade (EVANS, 1995). Essa inserção social do estado é viabilizada empiricamente por uma teia

---

administrativa, que implica um grupo concreto de conexões que articula o Estado a grupos sociais particulares com os quais o Estado compartilha projetos e transformações. Um exemplo destes grupos são as organizações intermediárias (associações), as redes de programas informais e os conselhos deliberativos, sendo esses últimos de natureza híbrida, em que ocorre a maior parte da formação de consenso.

Ainda buscando compreender a relação entre Estado e sociedade na política da saúde, o conceito de isomorfismo institucional de Powell e Di Maggio (1983) foi fundamental para identificar os mecanismos que advêm do ambiente externo ao Estado e que podem atuar no sentido de profissionalizar e aumentar a capacidade e autonomia estatal na condução da política de saúde. Esta profissionalização respalda-se comumente na educação formal ou na legitimidade cognitiva produzida por profissionais/especialistas com formação universitária (DiMAGGIO e POWELL, 1983).

Considerando o objetivo de analisar a estrutura do aparato estatal responsável pela formulação e coordenação da política de saúde após a década de 1990, a partir da configuração da burocracia do Ministério da Saúde e as conexões do órgão com as forças societárias envolvidas no setor, a pesquisa de campo foi desenvolvida a partir de entrevistas semiestruturadas e análise documental.

Para tanto, foram realizadas onze entrevistas com especialistas da área da saúde, sendo que cada entrevista teve uma duração média de uma hora. Todas foram gravadas e, posteriormente, transcritas pela própria autora da tese. Cada entrevistado foi inserido no estudo não como um caso único, mas representando um grupo de informantes da política de saúde (FLICK, 2005).

Um dos critérios de seleção dos entrevistados foi a experiência direta na condução da política de saúde no âmbito federal da década de 1990 em diante. Dentro desse grupo, encontram-se aqueles com vínculos direto com o Ministério da Saúde, consultores externos, representantes do CONASEMS e do CONASS, os quais tiveram uma atuação efetiva na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), bem como representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e das associações acadêmicas ABRASCO e CEBES.

Em relação aos cargos ocupados pelos entrevistados, selecionaram-se aqueles que representavam tanto a burocracia do MS quanto os órgãos que compõem a teia administrativa do setor. Assim têm-se: secretário de assistência à saúde; consultores do Ministério da Saúde; servidores de carreira com cargos de coordenação geral de Inovação Gerencial e Coordenação

de Gestão de Recursos Humanos; Coordenação da Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); Presidência do Conselho Nacional de Saúde (CNS); secretário executivo do Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS); Presidência do Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS); vice-presidência da ABRASCO. Tendo em vista as limitações desse tipo de estratégia metodológica, outras fontes primárias foram utilizadas com destaque para a análise documental (leis federais, normas e portarias ministeriais selecionadas, documentos oficiais do Ministério da Saúde).

Ademais, foram fundamentais o acesso a informações de bancos de dados oficiais, tais como o Boletim Estatístico de Pessoal, elaborado pelo Ministério de Planejamento, bem como a um grande número de trabalhos de outros autores sobre áreas e temas específicos da política nacional.

Em relação aos dados referentes à composição do quadro administrativo do Ministério da Saúde, vale ressaltar a dificuldade quanto ao acesso a tais informações. Muitos dados não foram disponibilizados pelo Ministério, especialmente os que antecedem o período de 2005. Algumas informações não seguem os mesmos padrões categóricos de análise, o que dificultou a construção de uma série histórica sobre o padrão de recrutamento dos funcionários. Também foi verificada a presença de dados pouco refinados e não raramente tratados de forma agregada, especialmente sobre os vínculos de trabalho dos servidores, dificultando o detalhamento dos cargos e funções do Ministério. No caso dos cargos comissionados, não havia disponíveis informações compiladas sobre essas funções para a sede do MS. Para tal levantamento, foi necessário analisar todos os decretos que versavam sobre a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, entre a década de 1990 e 2010.

Para a descrição do perfil dos dezoito dirigentes que ocuparam as secretarias de assistência à saúde e a executiva, em onze gestões ministeriais distintas, foi utilizada a análise curricular disponível em ambiente virtual. Essas informações também não foram disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, o que dificultou o levantamento desses dados. Se, por um lado o distanciamento da autora da tese em relação ao objeto de estudo permitiu uma análise despida de percepções preconcebidas e, portanto, de uma escuta absolutamente disponível, por outro, o desenvolvimento desta pesquisa trouxe um grande desafio no sentido prático de deslocamento e contato para acesso às informações sobre a política de saúde no âmbito nacional.

Portanto, cabe assinalar que houve lacunas significativas no âmbito das fontes e da análise propriamente dita e que a pesquisa não pode ser interpretada como um balanço

exaustivo da configuração da burocracia do Ministério da Saúde e da teia administrativa envolvida com o setor visto a inexistência de informações ou o tratamento ainda bastante rudimentar desses dados, sendo que várias questões relevantes para essa discussão são tratadas ao longo do trabalho de forma resumida ou superficial e outras tantas sequer são abordadas.

Todavia, essas limitações não reduzem a contribuição deste estudo para o campo da saúde. Constatou-se uma carência de investigação sobre a estrutura do Estado que conduziu a reorientação do sistema de saúde após a abertura democrática. A maioria das análises sobre a política de saúde parte da abordagem sociocêntrica para o entendimento dos avanços no sistema, e a burocracia das agências públicas aparece como tema secundário de investigação, muitas vezes, abordada de forma pouco criteriosa, reproduzindo a visão pejorativa do senso comum. Neste estudo, a burocracia estatal foi inserida como objeto de análise. Todavia, numa perspectiva institucional, que avança em relação ao modelo weberiano de racionalidade, ao compreender que a eficiência do Estado depende do equilíbrio entre o grau de insulamento burocrático e de inserção nas forças societárias.

Esta tese tem como argumento principal que, embora a estrutura interna da burocracia do Ministério da Saúde se distancie do modelo weberiano meritocrático, dada a prevalência de vínculos contratuais na composição do quadro administrativo, seja por cargos comissionados, contratos terceirizados e ou consultorias externas e, ainda, pela ausência de padrão de carreira que viabilize a coesão e o envolvimento dos servidores com os objetivos organizacionais, os avanços do setor podem ser parcialmente explicados pela presença de mecanismos específicos à política de saúde que minimizam o efeito deletério da instabilidade burocrática ao propiciar certo grau de coesão à estrutura interna do Ministério da Saúde, associado à inserção social da burocracia federal.

Pelo menos quatro mecanismos foram identificados neste estudo: um primeiro relacionado ao nível elevado de capacitação técnica dos dirigentes e certa homogeneidade na formação dos secretários que ocuparam as duas maiores pastas do Ministério da Saúde (Secretaria Executiva e Secretaria de Assistência à Saúde). Outro fator diz respeito ao grau de mobilidade dos dirigentes que ocuparam esses cargos no Ministério, gerando, sem dúvida, uma cultura profissional que se reproduziu nesses diferentes espaços decisórios. Um terceiro mecanismo diz respeito aos aparatos administrativos criados internamente no âmbito do MS para a operacionalização do sistema de forma pactuada entre os gestores do Ministério da Saúde, os gestores estaduais e os municipais. Por fim, a implementação do sistema de saúde por meio de normas operacionais de padronização de procedimentos de gestão e

financiamento para os três níveis de governo, que atuam como mecanismos de estabilidade institucional.

Ainda um segundo argumento da tese é que a ausência de uma burocracia de mérito e coesa interna ao Ministério da Saúde não deixa de apresentar-se como um obstáculo que impacta de forma negativa, tanto a continuidade dos projetos e programas desenvolvidos pelo ministério, quanto a construção da sinergia entre Estado e sociedade. Sinergia entendida como relação baseada em normas de cooperação e redes de engajamento cívico entre cidadãos comuns que podem ser promovidas por órgãos públicos e utilizada para fins de desenvolvimento, tanto econômico, quanto social.

No caso específico do Ministério da Saúde, verifica-se que a relação entre o Estado e a sociedade, por meio, tanto dos canais oficiais de participação tal como o conselho nacional de saúde e as conferências, como das associações vinculadas à academia, ainda dependem diretamente de uma adesão pessoal dos dirigentes do Ministério a esses mecanismos de participação. Isto significa que tais relações ainda são diretamente impactadas por mudanças na composição de gestores ou de interesses dos dirigentes, seja para potencializá-las, seja para esvaziá-las.

Para desenvolver esta discussão, o estudo foi dividido em quatro capítulos, tal com se segue.

No segundo capítulo, após uma breve introdução, trata-se da fundamentação teórica, no qual discutiu-se a possibilidade de análise da relação Entre estado e sociedade a partir do institucionalismo sociológico, sob a ótica do modelo de autonomia inserida de Peter Evans somada à discussão de isomorfismo de DiMaggio e Powell(1983). Primeiramente, Peter Evans parte do pressuposto de que não é o excesso de burocracia que impede a atuação efetiva do Estado na implementação de políticas públicas, mas, sim, a carência de um Estado organizado de forma meritocrática e, ao mesmo tempo, inserido no ambiente societário. Esse argumento inicial vem confrontar com modelos neoutilitaristas do Estado, os quais enxergam a burocracia apenas como atores que buscam maximizar os seus interesses e, não raramente, por uma visão limitada que a associa à ineficiência alto custo, rigidez organizacional e operacional.

Já o conceito de isomorfismo de DiMaggio e Powell (1983) auxiliou a compreender os mecanismos que emergem do ambiente e produzem padrões comportamentais homogêneos que podem levar à estabilidade e à coesão organizacional. Isso significa que a burocratização e a homogeneização podem emergir, sobretudo, fora do campo estrutural da organização.

No terceiro capítulo fez-se uma síntese histórica da consolidação do sistema de saúde brasileiro, ressaltando a dualidade da política de saúde, que se divide na assistência médica individual, vinculada ao padrão corporativista da previdência social e por outro lado, a saúde coletiva, de caráter universal e sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, modelo vigente até o início dos anos 1990.

Também nesta seção apresentou-se a relação entre o Estado e sociedade no processo de modernização da administração pública, com um padrão predominantemente corporativista e clientelista na condução da política de saúde até o final do regime militar.

A partir da abertura democrática pós - 1988, novas forças societárias passam a atuar na arena política representadas por mecanismos oficiais de participação, o que sugere a presença de novos padrões de relacionamento entre o Estado, neste estudo representado pelo Ministério da Saúde e a tessitura administrativa envolvida com o setor da saúde.

Os quarto e quinto capítulos tratam dos dados empíricos propriamente ditos. Primeiramente, partiu-se da configuração da estrutura formal do Ministério da Saúde, sob a ótica de três aspectos organizacionais: as competências legais dirigidas ao órgão no período de 1990 a 2010, as mudanças das estruturas organizacionais do Ministério e, por fim, a composição dos seus quadros administrativos, chamando a atenção para o perfil dos dirigentes do alto escalão da burocracia, especialmente dos que ocuparam os cargos de secretários executivos e de assistência à saúde.

De um modo geral, a expansão da estrutura ministerial, em termos de secretarias e departamentos desde a década de 1990, foi montada, em grande medida, por funcionários externos ao Estado, e, não, por servidores de carreira. O Ministério da Saúde permaneceu mais de duas décadas sem efetuar concursos públicos para o setor, o que certamente resultou na composição de um quadro de funcionários não condizente com o modelo weberiano de recrutamento meritocrático.

Isso significa que o Sistema Único de Saúde foi formulado e coordenado por meio de uma estrutura burocrática frágil, na qual a seleção meritocrática tradicional não constituiu pré-condição para formação do quadro administrativo do Ministério. A partir deste achado, a questão que perpassa todo o estudo é de como foi possível a atuação do Ministério da Saúde como formulador e coordenador de um sistema tão complexo como o Sistema Único de Saúde, que contabiliza avanços significativos desde a sua implantação na década de 1990, não obstante os enormes desafios ainda presentes, por meio de uma estrutura estatal extremamente débil no que diz respeito à formação e estabilidade do seu quadro administrativo?

Diante desse cenário e considerando que a carreira não influencia no acesso aos cargos de dirigentes do Ministério da Saúde, buscou-se traçar o perfil profissional e os critérios de indicação das pessoas que ocuparam os cargos de secretários executivos e de assistência à saúde, que representam as duas pastas de maior poder político no Ministério da Saúde. Esse dado foi relevante para compreender que, embora os cargos de secretários sejam eminentemente políticos, destaca-se o elevado nível de formação dos secretários, sendo que a maioria é composta por médicos, muitos deles com pós-graduação e formação sanitarista em núcleos acadêmicos de excelência na área, tais como Unicamp e UERJ.

Esse dado demonstrou que o critério técnico foi extremamente relevante para o preenchimento dos cargos de secretários das duas pastas mais importantes no ministério, mesmo em períodos em que o critério político partidário apresentava maior peso na indicação dos cargos.

Ainda, em relação à trajetória profissional dos ocupantes de cargos no Ministério, um aspecto particular à política de saúde diz respeito a uma notável sobreposição entre aqueles que se encarregam de formular e os que se dedicam a implementar, gerir e, até mesmo, avaliar as mudanças políticas propostas no âmbito do SUS. Constata-se um número significativo de executivos, assessores técnicos do MS, assim como assessores do CONASS, CONASEMS e do CNS, que já ocuparam cargos de secretários ou subsecretários de saúde em estados e municípios. Isso significa que a maioria dos secretários analisados apresentava vasta experiência na gestão do Sistema Único de Saúde em esferas subnacionais.

Finalmente, no quinto capítulo, identificou-se a teia administrativa da saúde representada pelos canais concretos de participação no âmbito federal que atuam na condução da política. A delimitação dos órgãos que integram a teia administrativa da saúde foi baseada, tanto pela relevância dessas organizações no processo de reorientação do sistema de saúde, quanto pela formalidade que eles obtiveram após a constituição do SUS.

Segundo Côrtes (2009), a área da saúde, diferentemente de outras áreas, foi a que mais intensa e precocemente incorporou à estrutura do Estado os mecanismos de participação social. Isso indica que a inserção societária do Ministério da Saúde ocorre fundamentalmente por meio de estruturas formalizadas no âmbito do próprio executivo, sejam as instâncias que articulam o Ministério com os gestores municipais e estaduais para a pactuação das ações operacionais do sistema, sejam aquelas que articulam a sociedade civil com as agências estatais, tais como o conselhos de saúde e as conferências. Nessa teia administrativa analisada neste estudo, as associações acadêmicas ABRASCO e CEBES são as únicas conexões que formalmente são desvinculadas do Estado embora ambas ocupam assento no Conselho



Nacional de Saúde e, comumente, tenham os seus representantes em cargos estratégicos na administração pública do sistema de saúde.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nas décadas de 1970 e 1980, o Brasil experimentou um período de grande dinamismo no que se refere à organização da sociedade civil em consequência do enfraquecimento político-institucional do regime militar. Desde então, amplia-se a presença de atores sociais no cenário político local e nacional, com plataformas temáticas variadas, que passaram a intervir, com graus distintos de institucionalidade, na condução das políticas públicas.

A história da política de saúde, nesse processo de transição para a democracia, ilustra claramente como a emergência de atores em oposição ao regime autoritário e, especialmente, ao modelo médico previdenciário vigente foi determinante para a reorientação da política de saúde.

Vale destacar que a construção do SUS decorreu de uma forte articulação da academia, com gestores públicos, organizações civis, partidos progressistas que, ainda no final da década de 70, lutavam em nome do movimento da reforma sanitária para o fim do regime ditatorial e a defesa do direito à saúde como garantia de cidadania.

Se nesse momento de confronto político e ideológico o padrão de ação de negação da institucionalidade delineou a relação entre o Estado e a sociedade após a redemocratização do País, inaugura-se uma postura mais dialógica entre os interesses público e privado, visto que vários espaços participativos foram construídos na interface entre governo e sociedade civil (FARIA, 2006).

Após a redemocratização, o espaço público brasileiro torna-se, assim, mais denso e complexo, tanto devido à diferenciação dos atores que passam a integrá-lo, quanto da sua organização em canais institucionalizados de participação.

Assim, a década de 1990 é caracterizada pela consolidação paulatina de espaços participativos que, aliados à representação política e às formas corporativistas de negociação, assumiram papéis relevantes no cenário nacional (FARIA, 2006). Esses mecanismos de participação presentes nos diversos níveis da federação viabilizaram o estabelecimento de novas formas de relação entre o Estado e a sociedade.

No entanto, Evans (1996) pondera que a ampliação do espaço político seja um fator determinante para a transformação efetiva da relação entre Estado e sociedade. Se a inserção política propiciada pela transição para o regime democrático brasileiro atuou de forma salutar sobre as possibilidades de sinergia na relação entre Estado e sociedade, por meio da ampliação de novos canais participativos nos quais os cidadãos brasileiros puderam fortalecer

os seus laços societários e intervir na formulação e no controle das decisões coletivas, por outro lado, os incentivos gerados pela competição política não são necessariamente o fator mais relevante na motivação de esforços entre o Estado e a sociedade para *co-produzir* bens ou serviços específicos, ou para gerar inovações no âmbito das políticas públicas (EVANS, 1996).

Nessa vertente analítica, a presença de uma estrutura coesa e meritocrática do Estado é extremamente relevante para a construção da sinergia entre a esfera pública e a privada, tanto no âmbito do mercado quanto da sociedade civil. O autor supera a concepção que pressupõe um modelo de Estado racional insulado e, portanto, protegido das pressões societárias, ao construir o modelo de autonomia inserida, no qual a estrutura do Estado é analisada em conexão com as demandas societárias, como condição essencial para o alcance de desenvolvimento econômico e social. Isso significa que Estado e estruturas sociais são mutuamente determinantes.

Nesse sentido, a eficiência do Estado está associada à coerência interna da burocracia, somada à conexão com as redes externas, sendo, estas últimas, fonte de inteligência e consenso na condução das políticas setoriais. Sendo assim, os vínculos externos permitem que os dirigentes não percam a dimensão do que é efetivamente possível realizar e a habilidade para implementar ações específicas que gerem transformações econômicas ou sociais (FARIA, 2006; EVANS, 1995). Concomitantemente, a autonomia relativa do Estado o resguarda de interesses imediatos e particularistas que subvertem a função pública estatal.

Considerando que o autor lança mão do modelo weberiano de Estado como condição essencial para a existência de uma relação mais dinâmica e mutuamente determinada entre o Estado e a sociedade, é fundamental que o conceito de burocracia seja compreendido na sua forma analítica e, portanto, discernido da visão impregnada do senso comum.

Sabe-se que a burocracia é um termo utilizado de forma pejorativa, tanto para os cidadãos, quanto para os formuladores de política antítese do governo eficiente. Raramente é compreendida como um conjunto de normas e regras que induzem à competência, tal como postulado por Weber. Críticas fundamentadas na teoria econômica neoclássica atacam a burocracia pela ineficiência, alto custo, rigidez organizacional e operacional.

Na tentativa de discernir o conceito weberiano de burocracia do uso indiscriminado do termo, Reis (2004) nos atenta para o fato de que os defensores da desburocratização do Estado confundem as distorções operacionais experimentadas na administração pública com o próprio conceito de burocracia. Ou seja, “[...] tomam como definidores da idéia de burocracia de Weber os conteúdos negativos do sentido que a expressão veio a adquirir coloquialmente,

em particular a tendência, que caracterizaria os agentes administrativos, ao apego ritualístico aos meios, enquanto se perdem de vista os fins da administração como atividade” (REIS, 2004 p. 2).

Sobre as disfunções da burocracia, ou a possibilidade da imprevisibilidade no sistema racional da administração, a sociologia das organizações já havia mencionado nos estudos de Merton (1957,1962), Gouldner (1954), que a racionalidade burocrática produziria, por si mesma, *efeitos não previsíveis* que poderiam ou não comprometer a eficiência do sistema. Essas consequências não desejáveis estariam relacionadas, tanto ao apego excessivo aos procedimentos formais, devido à maximização da disciplina e ênfase exagerada às normas, que se transformam em fins em si mesmas, bem como à tendência dos funcionários de se orientarem por um comportamento minimamente aceitável de desempenho dentro da organização, apenas para atenderem as normas de controle interno.

No entanto, não se pode desconsiderar para fins analíticos, que

[...] a inspiração da administração burocrática, tal como surge depurada e estilizada nas análises de Weber, é inequivocamente a eficiência – e é nesse sentido, naturalmente, que administração burocrática é sinônimo de administração racional. A padronização de procedimentos não pretende ser senão um instrumento para a maior eficiência, especialmente tratando-se de situações que vão envolver decisões rotineiras e em grande número de casos e instâncias (REIS, 2004 p.3).

Um consenso generalizado sobre a natureza cooptada, patrimonialista, ineficiente da burocracia brasileira, fortemente partilhado pelo senso comum, e de igual maneira, presente na literatura, reduz a capacidade analítica de compreensão do fenômeno no âmbito do Estado democrático.

No caso específico da saúde, estudos realizados sobre a burocracia da saúde, mesmo quando não ignoram o sentido weberiano do termo, costumam restringir a análise a uma visão negativa do Estado burocrático, que tão pouco se distingue da percepção defendida pelo senso comum.

Geralmente denunciam a presença de relações particularistas envolvendo burocratas, ou o autoritarismo de suas práticas, numa dicotomia estanque entre clientelismo e insulamento. Enfim, limitam-se a identificar os fenômenos pré-burocráticos ou

patrimonialistas presentes nas organizações do estado brasileiro que caracterizaram o aparato governamental nos regimes autoritários, sobretudo das políticas sociais<sup>3</sup>.

Isto não significa que as relações de natureza clientelistas e corporativistas foram inteiramente suprimidas no Estado democrático, conforme já mencionado por Nunes (2010), mas passaram a coexistir com formas inovadoras de interação entre a esfera pública e a privada que apresentam potencial de tornar o Estado mais eficiente e incluyente na condução das políticas públicas.

A presença cada vez maior do Estado como instituição social, de uma sociedade civil ampliada, e a permanência do aparato burocrático como modelo racional de dominação e condição inevitável para a consolidação do estado democrático reforçam a importância de recolocar a problemática da burocracia no centro da discussão sobre a relação entre Estado e sociedade (PRATES, 2004; EVANS, 1995).

Após uma forte influência neoutilitarista que relegou o papel do Estado à sua forma neoclássica minimalista, o qual não constituía assunto digno de análise, o reconhecimento da centralidade do Estado inevitavelmente remete de novo a questões sobre a capacidade de ação do Estado no desenvolvimento econômico e social (EVANS, 1998).

Neste estudo, optou-se pela abordagem institucionalista sociológica que avança em relação ao modelo fechado weberiano de racionalidade, ao tratar o Estado, não de forma isolada da sociedade, mas, sim, sensível às relações sociais que o envolvem. Nesse sentido, a estrutura burocrática ainda é vislumbrada como condição geradora de eficiência do Estado na implementação de políticas públicas desde que *inserida* em relações sociais mais amplas. Nas palavras de Evans (2004, p.58):

[...] Assim, a concepção institucionalista aborda os burocratas não como maximizadores independentes, já que suas decisões sofrem influências de contextos institucionais complexos, com interações historicamente enraizadas e incorporadas em estruturas sociais assimiladas pelos indivíduos que atuam no próprio estado [...] Portanto, o Estado não pode ser reduzido a uma agregação de interesses de indivíduos em cargos de poder, à soma vetorial de poderes políticos ou à expressão condensada de alguma lógica de necessidade econômica. Deve ser entendido como produto histórico de suas sociedades, mas, sobretudo, como instituições e atores sociais com poderes de influir no curso das mudanças econômicas e sociais (EVANS, 2004 p.44).

---

<sup>3</sup> Trabalhos clássicos como os de Souza (1976), Martins (1985), Geddes (1990) e Nunes (2010) trataram a relação entre política e burocracia predominantemente pela dicotomia entre clientelismo e insulamento burocrático no contexto de regimes autoritários.

Essa abordagem institucional permite uma análise da ação do Estado que transcende tanto a linha do individualismo metodológico, quanto dos modelos estruturalistas. Nesse sentido, a eficiência do Estado não está vinculada somente à sua estrutura interna meritocrática, mas, sobretudo, à conexão da burocracia com as redes externas que atuam como fonte de inteligência e consenso na condução das políticas setoriais, relação denominada de *autonomia inserida*.

O modelo de *autonomia inserida*, fundamentado na abordagem institucional comparativa, oferece referenciais analíticos para compreender as possíveis formas de a burocracia se modernizar na democracia. Tendo como referência primária o modelo weberiano burocrático, o autor insere na sua análise o ambiente como elemento essencial para a construção de uma ação estatal desenvolvimentista. De forma bastante ousada, a abordagem institucionalista inverte a imagem neoutilitarista do Estado, ao sustentar o pressuposto de que é a insuficiência da burocracia que prejudica o desenvolvimento e não sua prevalência<sup>4</sup>.

O modelo busca identificar a partir da análise de políticas governamentais específicas como reações sociais que emergem num contexto mais amplo e ajudam a definir os interesses, as aspirações e as estratégias apropriadas pelo estado. O autor parte da observação das estruturas do Estado e as relações entre estado e a sociedade e seus impactos em termos de mudanças sociais (EVANS, 1995).

O autor discute a necessidade da coexistência entre o grau de insulamento do Estado e imersão da burocracia pública no ambiente externo no qual se encontram as forças societárias. Assim, as relações estado/sociedade passam a ser repensadas de uma forma mais dinâmica, considerando, portanto, a política do Estado como um fator endógeno na mudança de caráter de suas contrapartes na sociedade (EVANS, 2004).

Todavia, a análise dessa relação torna-se bastante complexa, tendo em vista que coexistem posições analíticas aparentemente conflitantes. De um lado, o autor apoia-se no modelo weberiano de burocracia, ao defender a posição do insulamento como pré-condição necessária para o funcionamento burocrático. Por outro, levanta a discussão sobre como distinguir os benefícios do insulamento dos custos do isolamento e ressalta a necessidade de o Estado conjugar autonomia e inserção na condução das políticas setoriais, considerando que os estados e estruturas sociais são mutuamente determinantes.

---

<sup>4</sup> A incapacidade de o neoutilitarismo emergir com uma representação logicamente convincente do Estado foi inevitável frente a sua incapacidade de combinar o *individualismo metodológico* com uma apreciação dos efeitos institucionais. A pressuposição neoutilitarista de que o comportamento dos estados pode ser conceitualizado em termos da simples agregação de motivações individuais permaneceu como obstáculo ao desenvolvimento de um retrato realista do Estado (EVANS, 2004).

No entanto, a hipótese de Weber sobre o papel da burocracia ainda é o ponto de partida para a análise da estrutura interna do Estado. Compreender o tipo ideal weberiano permite identificar os elementos estruturais formalistas que compõem o Estado moderno, caracterizado especialmente pela sua condição insulada, bem como indagar sobre os limites analíticos e empíricos dessa abordagem frente aos desafios colocados ao Estado democrático, advindos especialmente da complexidade do espaço público no qual as políticas são formuladas e implementadas.

O conceito de burocracia, definido sob o prisma do Estado moderno, constitui o tipo tecnicamente mais puro da dominação legal. Seu ideal é proceder sem a menor influência de motivos pessoais e sem influências sentimentais de espécie alguma, livre de arbítrio e capricho, ou seja, conforme um modo estritamente formal segundo regras racionais. O dever de obediência está graduado numa hierarquia de cargos, com subordinação dos inferiores aos superiores, sendo a base do funcionamento a técnica e a disciplina do serviço (WEBER, 1999).

A igualdade perante a lei e a exigência de garantias legais contra a arbitrariedade requerem uma *objetividade* de administração formal e racional, em oposição à discricionariedade pessoalmente livre, que vem da *graça* do velho domínio patrimonial (WEBER, 1999). Neste sentido, “[...] a busca da igualdade por meio da aplicação de regras universalistas e impessoais, sendo absolutamente contrária ao privilégio e ao tratamento dos casos de forma discricionária, reforça o argumento de que a burocracia atua inevitavelmente como pré-condição para a consolidação do Estado democrático” (WEBER, 1999, p.261).

Assim, a democracia para Weber não significa uma possibilidade de transformação de orientação instrumental para uma orientação valorativa do Estado, mas, sim, um instrumental formal, viabilizado paradoxalmente pela organização burocrática, que altera o processo de dominação do Estado, especialmente quanto à escolha dos representantes políticos, mas não minimiza de forma significativa o poder de dominação técnica e impessoal da burocracia estatal.

Os burocratas para Weber viam seus interesses atendidos pela execução de suas atribuições e pela contribuição para a realização dos objetivos do aparato como um todo. Usar as prerrogativas do cargo para buscar interesses privados era a característica arquetípica das formas pré-burocráticas. A superioridade do Estado burocrático moderno está em sua habilidade de superar a lógica individualista. O que a tradição comparativa institucional tem a oferecer é demonstrar alguns papéis que o Estado pode vir a preencher, para uma identificação mais explícita das características organizacionais internas e dos padrões de conexões externas associados com a ação efetiva do Estado (EVANS, 2004).

A análise weberiana avança no sentido de negar o individualismo utilitário como unidade de análise para a compreensão da ação do indivíduo inserido na organização. Concomitantemente, o modelo burocrático de administração representa a superioridade técnica sobre qualquer outra forma de organização, devido ao conhecimento especializado, ao princípio da obediência e à disciplina às regras formais e jurídicas, à hierarquia dos postos, bem como ao distanciamento entre a propriedade pública e privada da autoridade (EVANS, 1995).

Ainda, sob a perspectiva weberiana, o Estado, constituído por elementos racionais e legais, necessita atuar com certo distanciamento da sociedade. Essa prerrogativa foi denominada insulamento burocrático. O insulamento burocrático teria a função de preservar o Estado das demandas societárias. Assim, o Estado, ao ser dotado de uma burocracia forte e coerente, lhe garantiria autonomia necessária no seu relacionamento com o mercado e a sociedade. Portanto, diante do temor sobre o poder incontrolável da burocracia, Weber defende a ideia de que burocracias protegidas da sociedade devem ser submetidas ao controle político, por meio do parlamento (NEVES e HELAL, 2007).

De acordo com Olsen (1988), redescobrir o modelo weberiano burocrático enriquece o entendimento sobre os mecanismos pelos quais o aparato estatal se aproxima do tipo ideal burocrático. Além disso, permite compreender em quais situações tais mecanismos emergem, ampliam ou declinam, bem como as implicações de tais mudanças na organização do Estado.

A abordagem institucional comparativa de Peter Evans difere do modelo racional weberiano, no sentido de analisar a organização do Estado não de forma “[...] isolada, mas sim integrada a um campo ou sistemas institucionais, entendido neste caso como conexões externas desenvolvidas entre a burocracia e as forças societárias, que adquirem o status legítimo de objeto de estudo” (PRATES, 2005 p.145).

Evans (1995) questiona e rejeita as noções simplistas das virtudes do insulamento do Estado frente à sociedade e argumenta que algum grau de insulamento é inerente à criação de uma coesão coletiva, mas a verdadeira eficiência requer uma combinação de lealdades internas com vínculos externos. “Isoladamente, nem autonomia nem inserção ou insulamento iriam funcionar. Um estado inteiramente autônomo não teria a capacidade suficiente nem a habilidade necessária para implementar seus objetivos de interesses coletivos” (EVANS, 2004, p.107). Quando o Estado não conta com certo grau de insulamento, a concepção de sinergia e de cooptação do Estado tornam-se conceitos similares.

Por outro lado, um Estado excessivamente insulado tende a reduzir a sua capacidade de atendimento aos interesses coletivos, além de ampliar a possibilidade de uso do Estado



para benefícios pessoais ou corporativistas. A solução de Weber para esse paradoxo seria a submissão da burocracia ao controle político exercido por um parlamento forte e atuante (EVANS, 1995).

No entanto, Evans (1995) propõe outro mecanismo que atenua os problemas advindos do insulamento. “[...] Tal como sucede no mercado, que só funciona se estiver inserido em outras formas de relações sociais, tudo indica que os Estados devem estar socialmente inseridos para serem eficientes” (NEVES e HELAL, 2007, p.39). Evans (1995) chama a atenção para o fato de que a perspectiva weberiana tradicional superestima a eficiência da burocracia, “[...] dado que os elementos não burocráticos da burocracia são tão importantes para o aparato do estado quanto os elementos não contratuais do contrato de Durkheim são para os mercados” (EVANS,1995 p.107).

Neste presente estudo, compartilha-se do pressuposto de que não é exatamente o excesso, mas a ausência de uma burocracia de mérito e inserida no contexto democrático que, de fato, inibe a eficiência da administração pública. Segundo Evans (2004), a fragilidade da estrutura burocrática abre precedência para a utilização do Estado em prol de interesses particularistas. Sobre esse ponto de vista, o autor conclui que os estados ineficientes geralmente não contam com normas burocráticas e padrões previsíveis de relação dentro do aparato estatal.

No entanto, “[...] não basta a presença de uma organização burocrática se não houver recursos necessários para sustentar carreiras recompensadoras e construir o *spirit de corps*, tendo em vista que um aparato de estado desvitalizado se aproxima das características temidas pelos neoutilitaristas” (EVANS, 2004, p.107).

O grande desafio contemporâneo imposto ao Estado e conseqüentemente, ao modelo de organização burocrática, diz respeito aos novos canais de participação advindos com o processo de democratização que necessitam de uma reconfiguração do Estado no sentido de construir um modelo de dominação racional-legal que se legitime por meio de um equilíbrio entre insulamento e inserção social.

Segundo Evans (2004 p.38),

se por um lado a organização interna dos estados desenvolvimentistas assemelha-se mais à burocracia weberiana, por outro, eles não são isolados da sociedade como define o modelo weberiano. Ao contrário, estão inseridos em um conjunto concreto de alianças sociais que ligam o Estado à sociedade e prevêm canais institucionalizados para a negociação contínua de objetivos e planos de ação.

O autor menciona o tipo ideal do Estado desenvolvimentista como parâmetro de um Estado que combina de forma equilibrada a autonomia interna com a incorporação de interesses coletivos (EVANS, 1995). O modelo de autonomia inserida analisa a organização burocrática e as bases não burocráticas de solidariedade a partir de duas variáveis analíticas: o grau de profissionalização da burocracia, por meio do processo de seleção meritocrático e das formas de promoção interna dos funcionários públicos; e a capacidade de inserção do projeto governamental nas ambições e possibilidades da sociedade (EVANS, 1995). Os elementos de solidariedade não burocráticos são identificados, tanto no âmbito interno à burocracia, quanto nas relações externas, como reforço da estrutura organizacional formal.

As redes internas de solidariedade geralmente provêm de características comuns da formação dos profissionais que assumem cargos de dirigentes. A formação dos profissionais como elemento de coesão interna à burocracia gera uma coerência e uma identidade corporativa que o mérito por si só não alcança. No entanto, o caráter e as consequências destas redes dependem fundamentalmente do processo de seleção meritocrático.

Considerando que estados e estruturas sociais são mutuamente determinados, é possível afirmar que burocracias eficazes reforçam e potencializam a organização de grupos sociais. Em contrapartida, “[...] a ausência de um aparato de Estado meritocrático e coerente, reduz a possibilidade da sociedade civil se auto-organizar de forma mais articulada” (EVANS, 2004 p.72). E ainda, “[...] redes sociais pouco articuladas, que não se empenham na transformação do *status quo*, dificultam a existência de um aparato de Estado coerente e coeso. No entanto, a coesão interna e os densos vínculos externos devem ser vistos como complementares e mutuamente reforçadores” (EVANS, 2004 p.108).

Denominada tessitura administrativa ou *teia administrativa*,

“[...] as redes externas que conectam o estado a sociedade civil, são constituídas por canais oficiais de participação, tais como os conselhos deliberativos e organizações de natureza intermediárias como as associações. Estas conexões viabilizam o compartilhamento de projetos entre o setor público e o privado, além de atuarem como fonte de inteligência e consenso no sentido de ampliar a competência do estado” (EVANS, 2004 p.93, 313).

Portanto, o sucesso das conexões está diretamente associado à capacidade do estado de formular e implementar os seus objetivos em prol de ações coletivas, com certo grau de autonomia. “Em contrapartida, quando redes muito densas de interesse não encontram um Estado com estrutura interna robusta, este se torna incapaz de resolver os problemas de ação

coletiva e de transcender os interesses individuais de suas contrapartes privadas” (EVANS, 2004 p.293).

O autor ressalta a necessidade de uma contínua construção da relação estado-sociedade e argumenta que uma transformação bem-sucedida altera a natureza da parceria, tornando um futuro envolvimento estatal dependente da reconstrução de laços entre Estado e a sociedade.

Evans (1995) analisa, a partir de uma base empírica extremamente sólida, o desenvolvimento das políticas de tecnologia de informação em três países de industrialização tardia, sendo eles, a Coreia do Sul, a Índia e o Brasil. Sem a pretensão de realizar uma análise do Estado, o autor limita o seu estudo às funções do Estado no fomento de crescimento industrial ou, mais especificamente, para o desenvolvimento da indústria local de tecnologias de informação.

As tipologias de estado desenvolvimentista, intermediário e predatório, qualificam a relação entre Estado e sociedade, no sentido de demonstrar como diferentes dinâmicas entre estrutura interna do Estado e o ambiente societário produzem resultados distintos nas políticas públicas. Essas tipologias são úteis especialmente para analisar a coesão da burocracia do Ministério da Saúde e, posteriormente, avaliar as conexões existentes entre as forças societárias e o Estado.

O tipo ideal de estado desenvolvimentista é aquele que combina de forma equilibrada o insulamento burocrático com a conexão com a estrutura social circundante. Estados podem ser desenvolvimentistas uma vez que sejam capazes de fomentar as perspectivas ao longo prazo das elites privadas, de ajudar a solucionar problemas de ação coletiva e de suprir investimentos essenciais em educação e infraestrutura.

Os três países identificados com essa estrutura são o Japão, a Coreia do Sul e Taiwan. A Índia e o Brasil são classificados como modelos intermediários e o Zaire como arquétipo de Estado predatório. Sobre os estados desenvolvimentistas, o autor parte do exemplo do Japão, referenciado no estudo de Johnson (1982) sobre o *Ministry of International Trade and Industry* (MITI) para compreender as características estruturais do Estado desenvolvimentista. No pós-guerra, o estado japonês agiu como substituto para o inexistente mercado de capital na indução de decisões de investimentos transformadores.

O sucesso do Estado desenvolvimentista japonês é consistente com o modelo weberiano, mas avança no sentido de demonstrar a relevância das redes informais, tanto internas, quanto externas, para o funcionamento do Estado. Assim, algumas características qualificam a estrutura do estado desenvolvimentista: existência de uma burocracia

meritocrática por meio de um processo seletivo rigoroso; desenvolvimento de plano de carreira ao longo prazo; regras e normas claras internas à burocracia; redes de identidade corporativa internas à burocracia (laços sociais resultantes da origem similar de formação dos servidores); redes externas sólidas resultantes de vínculos que conectam os dirigentes com as classes industriais; conselhos deliberativos compostos por burocratas e empresários atuantes na formulação de políticas; presença de ex-funcionários aposentados do MITI em corporações ou associações industriais quase-governamentais e, por fim, a presença de relativa autonomia do Estado que lhe permite orientar-se por questões de *ações coletivas*.

Mesmo entre os estados desenvolvimentistas, há variações entre as estruturas internas e as relações entre a sociedade e o Estado. Se o Japão é o país que mais se aproxima do tipo ideal desenvolvimentista, a Coreia do Sul e Taiwan, embora também contem com uma organização burocrática coerente e competente, apresentam variações nas suas bases não burocráticas de solidariedade interna e da natureza dos seus vínculos com a estrutura social circundante (EVANS, 1995). A Coreia do Sul tem tradicionalmente selecionado o seu pessoal entre os mais talentosos egressos das suas prestigiosas universidades. O recrutamento por mérito via universidades de elite cria o potencial para construir redes interpessoais de solidariedade dentro da burocracia.

Isso não significa que não há fragilidades na construção burocrática do Estado. Vale ressaltar que, no nível de alto escalão, apenas 4% dos ocupantes desses cargos prestavam concursos públicos e tampouco havia um padrão de promoção interna que viabilizasse a ascensão a posições superiores.

Portanto, a ascensão do poder de um grupo com fortes convicções ideológicas reformistas e fortes elos interpessoais baseados nas experiências profissionais e organizacionais gerou mais autonomia ao Estado. Embora esse grupo tenha ocupado postos do alto escalão, algo não possível pela burocracia civil, esses fortaleceram a burocracia ampliando o número de concursos e institucionalizando a promoção interna como forma de alcançar postos superiores, exceto de ministros e vice-ministros tratados como compromissos políticos. A combinação de uma tradição burocrática com a coesão do alto escalão do Estado favoreceu a construção de um Estado desenvolvimentista na condução da política de informática. Adicionalmente, os vínculos externos com o empresariado privado foram favorecidos pelo apoio do Estado coreano aos conglomerados empresariais, a partir da execução de projetos desenvolvidos numa relação público-privada. No entanto, o autor chama a atenção para o fato de que nem mesmo o tipo mais puro de Estado desenvolvimentista está livre de relações clientelistas e particularistas entre o Estado e a Sociedade (EVANS, 1995).

No caso do Estado predatório, tal como o exemplo do Zaire, a estrutura interna e as suas relações com a sociedade podem ser qualificadas por características praticamente opostas àquelas presentes no Estado desenvolvimentista, sendo elas: ausência de uma burocracia meritocrática; ausência de regras na estrutura da carreira pública; forte autonomia na implementação das suas decisões; natureza autoritária e centralizadora do Estado; ausência de negociações institucionalizadas com a sociedade civil; ausência de controle externo da burocracia; presença de relações patrimonialistas no âmbito do estado; personalismo e pilhagem no alto escalão da burocracia (EVANS, 1995). Esse padrão predador da relação Estado-sociedade resultou no desenvolvimento extremamente precário da política de tecnologia e informação do Zaire.

Em relação aos estados intermediários, tal como se encontra o Brasil, a qualificação da sua estrutura interna e das relações que estabelecem com as estruturas sociais externas será extremamente relevante para compreender se o modelo de Peter Evans pode também se aplicar na relação entre Estado e sociedade no desenvolvimento da política pública de saúde no período posterior à Constituição Federal de 1988.

Estados intermediários são aqueles que se encontram em estágio de desenvolvimento e apresentam combinações da predação zairense com o modelo de *autonomia e parceria* do Leste da Ásia. Nessa linha de argumentação, o Brasil e a Índia são exemplos de estruturas híbridas que compartilham características do modelo desenvolvimentista e predador, tais como: seleção de funcionários públicos por meio de nomeações de cunho político; modernização da burocracia de forma fragmentária por meio de *bolsões de eficiência* que dependem de proteção pessoal do chefe de estado; permanência de padrões clientelistas e soluções personalistas no aparelho do estado; dificuldade de estabelecer regras de conduta que inibem estratégias orientadas para ganhos individuais; caráter intermitente das carreiras públicas fortemente influenciadas por mudanças na liderança política e na criação periódica de novas organizações; escalões mais altos preenchidos por funcionários externos à agência pública específica em questão; falta de compromisso dos funcionários com a capacitação pessoal; laços frágeis com o setor privado ou com a sociedade civil decorrentes da sobreposição de relacionamentos pessoais em detrimento de relações institucionalizadas (EVANS, 1995).

A ausência de uma estrutura burocrática estável reflete diretamente nas conexões que o Estado estabelece com o ambiente, seja na ausência de regularidade dos laços com os setores sociais, seja na preponderância de padrões individualizados de relacionamento entre a esfera pública e a privada.

No entanto, a experiência brasileira confirma que uma vaga aproximação do tipo ideal weberiano já confere vantagem ao processo de desenvolvimento do Estado, visto que o País prosperou, embora de forma limitada, no seu desenvolvimento econômico e social.

Retomando a concepção basilar do modelo de autonomia inserida, o conceito de sinergia, também desenvolvido por Evans (1996), traz novos elementos analíticos para qualificar as conexões estabelecidas entre Estado e sociedade. A ideia de sinergia pressupõe uma relação baseada em normas de cooperação e redes de engajamento cívico entre cidadãos comuns que podem ser promovidas por órgãos públicos e utilizada para fins de desenvolvimento, tanto econômico, quanto social. O autor faz uma distinção analítica entre dois tipos de sinergia que envolve a relação entre instituições públicas e privadas: o de complementaridade e o de inserção. A complementaridade é a maneira convencional de se conceituar relações mutuamente solidárias entre agentes públicos e privados. Portanto, sugere uma clara divisão de trabalho, com base nas propriedades contrastantes de instituições públicas e privadas.

Por outro lado, a inserção diz respeito à ideia de enraizamento por meio de laços que ligam os cidadãos e agentes públicos e perpassam a fronteira entre o público e o privado. De acordo com essa perspectiva analítica, o Estado tem o potencial de forjar redes de engajamento cívico entre cidadãos que, por sua vez, poderão ser utilizadas com fins desenvolvimentistas. (FARIA, 2006; EVANS, 1996). Nesse caso, a sinergia depende de envolvimento sistemático do Estado na interação com a sociedade civil.

Elaboraões teóricas em torno dessa concepção estão presentes em diferentes trabalhos que buscam analisar o papel do Estado e da sociedade civil e do Estado com o capital privado. A ideia de Evans – de que redes de engajamento cívico entre cidadãos podem ser promovidas por agências públicas – tem substancial relação com o trabalho desenvolvido anteriormente por Tandler (1998) sobre o *bom governo* no Nordeste brasileiro.

Nesse trabalho citado por Evans, a autora analisa diversos programas inovadores para o combate à fome, desenvolvidos pelo governo estadual do Ceará, na década de 1990. Os casos analisados por Tandler (1998) revelaram que o governo pode ser uma presença moral forte para a criação de capital social (COSTA, 2003). A autora sustenta o pressuposto de que o Estado tem o potencial de construir e manter uma sociedade civil coesa e engajada no seu desenvolvimento.

Outro exemplo de sinergia entre aparato estatal e a sociedade civil refere-se ao estudo realizado por Faria (2010), que busca analisar o padrão de relação mantido pelo governo Lula com os movimentos e as Organizações da Sociedade Civil (OSCs) no período de 2003 a 2006,

demonstrando que a disponibilidade do governo em incluir politicamente os atores societários nas discussões e decisões referentes às políticas públicas é extremamente relevante para a atuação efetiva dos movimentos sociais. Isso reforça o argumento de Evans (1996) de que a construção de uma sinergia positiva entre atores estatais e societários depende muito, embora não somente, da inclusão e legitimidade do método participativo na condução da política estatal (FARIA, 2010). Ou seja, a complementariedade exigida para a realização de relações cooperativas demanda uma interação constante entre representantes públicos e comunidades que só se realiza na presença de um conjunto de instituições competentes e engajadas. “Mudanças de governos que refletem diretamente no grau de centralidade dos mecanismos de participação podem se tornar um recurso meramente ritualístico, comprometendo a possibilidade inovadora que o método participativo construído em diálogo com os representantes da sociedade civil comporta” (FARIA, 2010 p. 201).

Estudo realizado sobre o Programa Bolsa Família demonstra a importância da atuação de uma instituição de natureza profissional tal como a Caixa Econômica Federal (CEF) em parceria com o poder público local, como exemplo de uma relação entre Estado e sociedade pautada no insulamento e inserção social e com resultados profícuos para a implementação de uma política social. O alto grau de profissionalização da CEF, associado às normatizações operacionais elaboradas pelo Ministério de Desenvolvimento Social para padronização das ações e procedimentos do município, e a cultura profissional promovidas pelas NOBs e a CEF, atuaram como mecanismos de controle burocrático e potencializadores de insulamento. Por outro lado, a capilaridade das prefeituras propiciou o elemento de inserção social necessário ao sucesso de implementação do programa (NEVES e HELAL, 2007).

No caso da sinergia entre o poder público e o setor privado, os exemplos já citados anteriormente, tal como ocorreu nos países do Leste asiático, na implementação da política de tecnologia de informação, demonstram como países como Japão e a Coreia do Sul, apresentaram um amplo desenvolvimento industrial como resultado da consolidação de densas redes entre o Estado e o setor privado na condução de projetos comuns de transformação industrial (EVANS, 1995).

Para todos os exemplos supracitados, não se pode perder de vista o argumento defendido por Evans de que a sinergia entre Estado e sociedade depende fundamentalmente da presença de uma burocracia corporativamente coerente.

Um exemplo de antissinergia, dentro do próprio aparato estatal, descreve a relação entre o governo federal e o poder local na implementação da política de educação primária da Nigéria. Devido à precária situação do estado nigeriano, a falta de apoio às instituições

públicas locais demonstra a incapacidade de gerar complementariedade nas relações entre os entes federados para a implementação da política educacional. Adicionalmente, a organização burocrática do Estado nigeriano se relaciona de forma coercitiva com o poder local, por meio de normatizações inflexíveis e uniformes, simplistas a que restringem qualquer iniciativa inovadora por parte dos gestores locais e da sociedade civil, eliminando, assim, a possibilidade de sinergia (EVANS, 1996).

A partir do modelo de Evans (1995) de *autonomia inserida* qualificado pela discussão de sinergia entre o Estado e a sociedade, pretende-se verificar se esse modelo pode ser aplicado na análise de uma política pública, na qual a relação do Estado com a sociedade não passa necessariamente por interesses de mercado.

Embora a política de saúde tenha um componente híbrido público-privado, considerando a extensão da saúde suplementar no País, neste estudo, o foco de análise se localiza na consolidação do Sistema Único de Saúde pós - 1988.

Nessa mesma linha de raciocínio, que contempla a estrutura do Estado imersa em relações sociais mais amplas, o conceito de *isomorfismo*, desenvolvido por DiMaggio e Powell (1983), diz respeito aos mecanismos que emergem do ambiente e produzem padrões comportamentais homogêneos que podem levar à estabilidade e coesão na estrutura burocrática. A definição do conceito de isomorfismo compreende os processos de constrangimentos que forcem a apropriação de uma determinada unidade da população no sentido de aproximar os *sets* ambientais das demais unidades (DiMAGGIO e POWELL, 1983).

Os autores descrevem dois tipos de isomorfismo: competitivo (ênfase na racionalidade dos mercados) e institucional (as organizações não competem por recursos e clientes, mas pelo poder político e legitimidade institucional) (DiMAGGIO e POWELL, 1983). O conceito de isomorfismo institucional é uma ferramenta útil para compreender as políticas e cerimônias presentes na vida organizacional moderna e, portanto, auxiliará na compreensão do campo organizacional no qual se constroem as políticas de saúde.

O isomorfismo institucional compreende três mecanismos que agem no sentido de padronizar os comportamentos organizacionais, sendo eles, o mimético, o coercitivo e o normativo. No presente estudo, contudo, serão destacados apenas os dois últimos. O coercitivo refere-se à influência política do meio e busca da legitimidade pela organização por meio de rituais de conformidade visando a ampliação da institucionalidade. Resulta, tanto de pressões formais (leis regulatórias), quanto informais exercidas na organização por outras organizações das quais de certa forma experimentam certa dependência e ainda pela



expectativa cultural advindas da sociedade dentro das quais funciona a organização (DiMAGGIO e POWELL, 1983).

Esse processo se dá por meio da imposição direta de padrões de procedimentos operacionais e regras de legitimidade que podem ocorrer fora da arena governamental.

Já o isomorfismo normativo diz respeito ao processo de mudança decorrente da profissionalização, que resulta da luta dos membros de uma ocupação para definir as condições e métodos de seu trabalho, para controlar a produção dos produtores, e estabelecer uma base cognitiva e legítima para a autonomia das suas ocupações (tarefas/cargos). A homogeneização profissional respalda-se comumente na educação formal ou na legitimidade cognitiva produzida por profissionais/especialistas com formação universitária. Cabe ressaltar o crescimento e elaboração de redes profissionais que inserem nas organizações novos modelos que se difundem rapidamente (DiMAGGIO e POWELL, 1983).

É interessante ressaltar que, de acordo com os autores, burocratização e homogeneização emergem, sobretudo, fora do campo estrutural da organização (DiMAGGIO e POWELL, 1983). Isso significa que, mesmo diante de uma estrutura de Estado aparentemente fragilizada quanto ao seu aparato burocrático, mecanismos advindos do ambiente podem gerar maior capacidade e autonomia do Estado na condução das políticas públicas.

Embora o conceito de isomorfismo não seja, no presente trabalho, aplicado no seu *stricto sensu*, devido ao fato de que não estão em questão as causas institucionais que geram similitudes entre organizações de natureza distinta, essa abordagem parece útil para analisar os mecanismos que resultam numa certa padronização do comportamento dos atores envolvidos na consolidação do SUS.

Fenômenos isomórficos no âmbito da política de saúde podem ser evidenciados pelo menos a partir de dois mecanismos: a presença de uma cultura sanitarista disseminada por meio do processo de formação profissional dos dirigentes e a existência de um amplo arcabouço normativo emitido pelo Ministério da Saúde na definição de procedimentos e ações dos serviços em níveis estaduais e municipais.

Este estudo analisou a relação constituída entre o Ministério da Saúde e os mecanismos de participação do setor, sendo estes últimos caracterizados como elo de conexão com as forças societárias, à luz do modelo de *autonomia inserida* de Evans (1995), que analisa a relação entre o Estado e a sociedade, considerando a dinâmica entre a estrutura interna da burocracia estatal e as relações com o ambiente circundante.

No capítulo seguinte, apresentar-se-á uma síntese histórica da consolidação do sistema de saúde brasileiro, ressaltando a dualidade da política de saúde, que se divide na assistência médica individual, vinculada ao padrão corporativista da previdência social e, por outro lado, à saúde coletiva, de caráter universal, e sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, modelo vigente até o início dos anos 1990.

Com a abertura democrática, novos mecanismos de participação social passam a compor a arena decisória da política de saúde que, por sua vez, altera a relação instituída entre o aparato estatal e as forças societárias.

### 3 A TRAJETÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A história da assistência médica individual no Brasil, até início da década de 1990, caracteriza-se por um estreito vínculo com as políticas de previdência social. A compreensão sobre o atual sistema nacional de saúde, especialmente de como se consolidou o seu aparato estatal, remonta à histórica do Ministério de Assistência e Previdência social, órgão responsável pela assistência médica juntamente com o papel ocupado pelo Ministério da Saúde nas suas atribuições pela saúde coletiva.

Neste capítulo, buscou-se compreender a consolidação do sistema de saúde brasileiro, marcado por forte tendência centralizadora do Estado e restrição da participação direta da sociedade na condução da política de saúde, dos anos 1930 até o fim do regime ditatorial. A modernização do Estado evidenciada nesse período, de caráter fragmentário, criou *ilhas de excelência* na burocracia federal, mas não logrou alterar os padrões corporativistas e clientelistas que marcaram a política de saúde.

Após a reabertura democrática, o sistema de saúde de caráter corporativo previdenciário é substituído por um sistema universal de saúde, construído a partir de fortes bases societárias e sob a coordenação nacional do Ministério da Saúde. Esse cenário democrático viabiliza o surgimento de novos padrões relacionais entre o Estado e a sociedade, embora não seja possível afirmar que as relações clientelistas e corporativistas tenham sido suprimidas na reorientação da política de saúde.

Portanto, o foco deste estudo se deterá na compreensão de como o Estado, entendido a partir da sua forma de organização burocrática, passa a se relacionar com os novos atores que compõem a arena decisória do setor, no desenvolvimento da política de saúde pública após a década de 1990.

A base da assistência previdenciária no Brasil emerge num contexto de desenvolvimento capitalista retardatário, baseado num modelo de economia agrário-exportadora, caracterizado por uma incipiente divisão do trabalho, baixo índice de assalariamento e precária organização político-administrativa do Estado.

No período de 1889-1930, denominado República Velha, prevalecia o federalismo oligárquico, que funcionou mediante a soberania e a autonomia de elites regionais. As graves distorções no federalismo, decorrentes de um desequilíbrio da busca pela autonomia das províncias frente à tradição centralizadora do Império, resultou numa hierarquização entre os estados, que se dividiam entre os de primeira, segunda e terceira classes (FARIA, 2006). A

concentração de poder no âmbito regional limitou, sobretudo, a atuação do governo central como agente de desenvolvimento econômico e social do País, já que este não disponibilizava de bases políticas e financeiras que lhe dessem condições de responder aos problemas sociais (BRAGA e PAULA, 1986). O cenário predominantemente liberal e oligárquico do Estado coincide com o desenvolvimento extremamente incipiente da economia do País.

Esse padrão de Estado agrário-exportador oligárquico que vigorou até a década de 1930, naturalmente, não viabilizou a modernização do aparelho burocrático estatal, mantendo, assim, uma administração moldada no estilo patrimonial, sem qualquer distinção de natureza formal ou substantiva e privada ou pública no âmbito do Estado (PRATES, 1991; NUNES, 2010). Nesse período, o clientelismo torna-se a característica predominante na relação entre o Estado e a sociedade, que operava por meio de um conjunto de redes personalistas que impregnou as instituições formais em todos os níveis do Estado. Embora esse padrão não tenha sido extinto nos governos posteriores, foi contrabalanceado, a partir do processo de modernização do Estado iniciado na década de 1930, por meio de novos padrões de relações pautadas no insulamento burocrático<sup>5</sup>, no corporativismo<sup>6</sup> e no universalismo de procedimentos<sup>7</sup> (NUNES, 2010).

No fim da década de 1920, várias crises políticas coexistiram com debates que refletiam as tensões entre o sistema oligárquico personalista e clientelista e demandas por uma ordem pública universalista (NUNES, 2010). No entanto, devido à reduzida taxa de urbanização, que não ultrapassava 17% da população, os conflitos trabalhistas emergidos no contexto da república velha, entre a postura marcadamente liberal do estado e o movimento operário sindical, não impactaram diretamente os interesses fundamentais da oligarquia agrária, classe dominante nesse período, já que as condições de exploração do campo não foram inseridas como objeto de debate da época (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

Os grupos de trabalhadores vinculados aos setores urbanos de exportação (tais como os ferroviários, estivadores e marítimos), por apresentarem maior grau de organização política e certa consciência reivindicante, foram os primeiros a ser cobertos por benefícios sociais prestados por meio das Caixas de Aposentadoria e Pensão-CAP. Por outro lado, a maior parte

---

<sup>5</sup> O autor lança mão do termo weberiano para referir-se à redução do escopo da arena em que interesses e demandas populares podem desempenhar um papel (NUNES, 2010).

<sup>6</sup> Sistema de representação de interesses baseado em um número limitado de categorias compulsórias, não competitivas, hierárquicas e funcionalmente separadas, que são reconhecidas, permitidas e subsidiadas pelo Estado.

<sup>7</sup> Universalismo de procedimento é associado à noção de cidadania plena e igualdade perante a lei, regidos por um governo representativo.

dos assalariados permanecia excluída de tais benefícios, o que demonstra que tais conquistas não assumiam o caráter universalista, representando ganhos pontuais dependentes da relação privada estabelecida entre patrões e trabalhadores de uma determinada empresa (SANTOS, 1978).

As Caixas de Aposentadorias e Pensão-CAPs, instituídas em 1923 por um Decreto - Lei Eloy Chaves<sup>8</sup>-, constituíram, assim, a primeira modalidade de seguro social aos trabalhadores do setor privado e, portanto, a primeira iniciativa institucionalizada de provisão à assistência médica individual, organizadas por empresas sob regulação do Estado. Define-se, assim, como atribuição obrigatória das instituições previdenciárias, um plano de benefícios pecuniários e serviços médicos, curiosamente criticado nos anos 1930 por ser excessivamente amplo, especialmente pela extensão da cobertura médica aos filiados (BRASIL, 1923). Por orientação federal, as empresas com mais de cinquenta funcionários eram obrigadas a prestar benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica aos seus filiados e dependentes, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

A administração dos fundos de pensão cabia à própria empresa, que contava com um Conselho de Administração da Caixa, órgão colegiado, composto por representantes da empresa, um dos quais assumindo a presidência da comissão, e de dois representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos. O poder público participava apenas como controle a distância, como instância externa em casos de conflitos entre segurado e administração das caixas. Portanto, a natureza jurídica dessas instituições previdenciárias era fundamentalmente civil e privada.

A inviabilidade de manter uma infraestrutura de serviços médicos própria fez com que a oferta de assistência aos trabalhadores dependesse da compra direta de serviços privados, marcando, assim, as raízes da privatização da assistência médica no País (COHN e ELIAS, 2005). As CAPs arrendavam períodos de trabalho dos médicos privados que utilizavam os próprios consultórios para atender os filiados. Devido, porém, ao número ainda reduzido de segurados pelas CAPs, não se evidencia, nesse período, um movimento significativo de privatização dos serviços médicos terceirizados pela previdência, tal como ocorreu no período militar.

---

<sup>8</sup> A Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias. Após a promulgação dessa lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da Previdência Social. De acordo com o Decreto Lei n 4.682/1923, estabeleceu-se quem seriam os segurados; a forma de contribuição compulsória; a forma de administração das CAPs e os benefícios garantidos.

Embora o Estado não participasse ativamente no plano administrativo nem financeiro das CAPs, o aspecto inovador desse período refere-se à imposição legal da criação das instituições da previdência, com sua forma específica de intervenção estatal. Evidenciam-se, portanto, as primeiras formas de intervenção do Estado no âmbito da problemática trabalhista (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

A aceleração das mudanças sociais e políticas mobilizadas pela crise de 1929 marca o processo de industrialização do País e, concomitantemente, um fortalecimento do Estado Nação. Com a revolução de 1930, desmobiliza-se o federalismo oligárquico e inaugura-se o Estado Novo (1937-1945) de natureza centralizadora e autoritária. O projeto desenvolvimentista proposto por Getúlio Vargas foi sustentado por uma concepção de Estado forte, centralizador, capaz de patrocinar a industrialização e, ao mesmo tempo, controlar as demandas do operariado industrial emergente. O corporativismo inaugurado na era Vargas, de caráter estatizante, substitui a ordem oligárquica e liberal da república velha, sendo esta última marcada por um corporativismo privatista ou societal<sup>9</sup>.

Nesse sentido, o governo buscou ampliar a sua base de apoio, atendendo algumas necessidades da classe trabalhadora urbana por meio da expansão da cobertura previdenciária, na condição de restrição da participação direta da sociedade nas decisões do Estado. Esse modelo de intervenção estatal foi denominado por Malloy (1976) *inclusão controlada* que integrou setores urbanos de classes baixas sob a tutela do Estado, por meio da expansão dos direitos sociais, tais como os benefícios da previdência e dos direitos trabalhistas e, ao mesmo tempo, restringiu o grau de autonomia organizacional dos setores que, por meio da legislação sindical transforma os mecanismos de representação desses grupos em quase apêndices da burocracia do Estado (PRATES, 1991). Nesse sentido, os benefícios sociais dos trabalhadores não podem ser atribuídos às conquistas independentes e autônomas dos trabalhadores, mas a um ganho ofertado pelo Estado em troca do potencial apoio político desse setor ao regime autoritário. O conceito de cidadania regulada de Wanderley Guilherme dos Santos<sup>10</sup> descreve

---

<sup>9</sup> Corporativismo de caráter societal apresenta uma natureza autoritária, mas não necessariamente totalitária, pelo fato de os sindicatos operarem como canal de deliberação e participação popular e empresarial, influenciando diretamente a formulação das políticas públicas (CARDOSO, 2007).

<sup>10</sup> O conceito de *cidadania regulada*, cunhado por Wanderley Guilherme dos Santos no seu livro *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*, de 1979, chama a atenção para o surgimento dos direitos de cidadania no Brasil que não obedece a uma lógica de adoção de um código de valores políticos universalistas, mas sim, a um sistema social estratificado, no qual esses direitos comparecem com o objetivo principal de mediar o conflito, por vezes, insustentável, entre imperativos da acumulação capitalista e anseios de equidade. Nesse sentido, a cidadania está embutida na profissão, e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, reconhecido por lei.

exatamente o papel cooptador do Estado mediante a vinculação do acesso aos direitos sociais à condição de trabalhador contribuinte.

Instauram-se ainda inovações no campo administrativo com a consolidação da reforma do Estado, por meio da implantação de uma administração pública de molde weberiano, regida por uma burocracia racional-legal que se distanciava em grau do modelo patrimonial até então vigente.

Essa primeira reforma, consolidada com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), buscou adequar as estruturas administrativas para o exercício do poder centralizado e organizador dos interesses da sociedade. Três diretrizes principais de natureza racional-legal foram propostas e deveriam ser implementadas pelo DASP, a saber: critérios profissionais para o ingresso no serviço público, desenvolvimento de carreiras e regras de promoção.

De uma forma geral, a preocupação com a modernização da estrutura administrativa e do quadro de pessoal da União, com o objetivo de fortalecer o executivo federal e a presidência da república, balizou o processo de reestruturação do Estado Novo (FARIA, 2006). A burocracia pública federal torna-se fortalecida mediante a criação de uma série de institutos, autarquias e conselhos econômicos. Ao mesmo tempo, os estados passaram de unidades independentes da federação para órgãos administrativos do governo central por meio das interventorias e da implantação dos *Daspinhos*. As interventorias, ao contrário do que teria ocorrido no início da década, passaram a funcionar como correntes de transmissão do governo federal para os estados (FARIA, 2006; DINIZ, 2000; MARTINS, 1997).

No entanto, no modelo político autoritário e burocrático consolidado no Estado Novo cria-se um divórcio entre a administração e o quadro social e econômico, sem expressão política pela via democrática, ou seja, a reforma *daspeana* implementou um Estado administrativo ao largo da política e em reação à mesma (SCHWARTZMAN, 1988). O insulamento burocrático *daspeano* e o regime do Estado Novo constituíram, respectivamente, as formas de autonomia insulada e regulação autocrática nesse período.

Assim, no âmbito da organização estatal, consolida-se nesse período um padrão burocrático duplo: por um lado, os altos escalões da administração pública identificados como uma das mais eficientes burocracias estatais da América Latina e, por outro, os escalões inferiores (incluindo os órgãos encarregados dos serviços de Saúde e de Assistência Sociais então criados) que permaneciam atendendo os critérios clientelistas de recrutamento de pessoal por indicação e à manipulação populista dos recursos públicos (MARTINS, 1997).

Não obstante, esse duplo padrão estrutural tornou-se uma característica perene na organização da administração pública. Incapaz de transformar a burocracia como um todo, os líderes políticos mantiveram a lógica dos *bolsões de eficiência* dentro da burocracia, tal como ocorreu em alguns setores estratégicos do Estado, com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE) e o próprio DASP. Por outro lado, padrões clientelistas tradicionais permanecem presentes, particularmente na condução das políticas sociais (EVANS, 2004).

O conjunto de medidas postas em prática nesse primeiro governo de Getúlio foi marcado por tendências aparentemente contraditórias. Por um lado, o universalismo de procedimentos e o insulamento burocrático perseguidos pela reforma do serviço público e pelo estabelecimento de sistema de mérito sob a supervisão do Departamento Administrativo do Serviço Público-DASP. Simultaneamente, a permanência do clientelismo exercido por meio de um imbricado conjunto de relações com grupos municipais e estaduais, que envolvia favores que incluíam empregos no governo, participação nos conselhos consultivos especiais, além de redes pelos interventores nomeados para substituir os governadores. E, finalmente, as práticas corporativistas garantidas pelas novas provisões legais sob a responsabilidade do recém-criado Ministério do Trabalho, Institutos de Previdência Social e, mais tarde, pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT (NUNES, 2010).

No que diz respeito à política de previdência social, reformulações institucionais resultaram na criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), órgãos que sucederam e absorveram paulatinamente as CAPs. O primeiro instituto criado foi o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos, por meio do Decreto n. 22.872, de 1931<sup>11</sup>. Essa nova estrutura administrativa da previdência reforça o processo de concentração do poder estatal no âmbito federal, ao criar uma instância superior ao colegiado administrativo, vinculada ao Ministério do Trabalho, mantendo o colegiado numa posição secundária de assessoria na gestão dos institutos. O cargo de presidente do conselho dos institutos passa a ser nomeado pelo presidente da República, o que demonstra uma intervenção direta do Estado nas decisões previdenciárias.

Isso significa que o Estado passa a ter um domínio quase total sobre as instâncias administrativas e decisórias das instituições previdenciárias, ao passo que reduz significativamente a participação direta dos trabalhadores e empregadores no processo decisório da política previdenciária, tal como acontecia na vigência do Conselho

---

<sup>11</sup> Os benefícios dos segurados correspondiam à aposentadoria ordinária ou por invalidez; pensão em caso de morte; assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias; socorros farmacêuticos, mediante indenização, pelo preço do custo, acrescido das despesas de administração. A cobertura da assistência médica estendia aos associados ativos bem como aos familiares (Brasil, Decreto Lei n.22.872/1933).



Administrativo das CAPs. Segundo Nunes (2010), essa estrutura corporativa criada depois de 1930, de caráter centralizadora e estatizante, tornou-se um potente instrumento para o clientelismo.

Outros dois mecanismos que demonstram maior controle do Estado sobre a previdência social dizem respeito à substituição da arrecadação empresa-caixa por uma intervenção direta do aparelho estatal na arrecadação de contribuições e taxas e, ainda, à transformação do aspecto jurídico formal dos fundos de pensão, que substituem os órgãos civis, de natureza privada, por órgãos subordinados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Assim, o IAP é consolidado a partir de forte intervenção do aparelho do Estado numa relação corporativa com as demandas civis, transformando de forma eficiente a natureza dos sindicatos, de associações autônomas dos trabalhadores em associações controladas pelo Estado (FARIA, 2006).

Os decretos de criação dos IAPs, embora com algumas diferenças, explicitam a distinção entre prestação de serviços médicos e hospitalares e a concessão de benefícios pecuniários, sendo apenas os últimos, considerados atribuições contratuais obrigatórias da previdência social. Isto significa que a assistência médica passa a ser prestada ou não em intensidade variável, de acordo com as disponibilidades dos institutos (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985). Também há uma restrição quanto ao financiamento das despesas com assistência médica, hospitalar e farmacêutica, por meio de decretos que limitam o percentual de investimento no setor.

Um indicador de cobertura de serviços médicos demonstra a pouca relevância da assistência no contexto da previdência social, até a década de 1960. Apenas 50% dos segurados pelos IAPs contavam com serviços médicos regulares. Em grande medida, a qualidade e extensão da cobertura médica dependiam do grau de organização e poder político de cada categoria profissional (MENICUCCI, 2007).

Assim, os IAPs institucionalizaram a segmentação corporativa por meio de uma atuação discriminatória do Estado, que resultou numa competição entre as categorias profissionais e uma heterogeneidade da qualidade e acesso dos serviços médicos prestados aos trabalhadores. Isso pode ser representado pelas variações do gasto com assistência médica por instituto, que, em 1964, iam de 20,2% do total das despesas no IAPI a 63% no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB). Alguns IAPs contavam com equipamentos de saúde próprios especialmente de natureza ambulatorial. Já os serviços hospitalares, na sua maioria, eram terceirizados do setor privado (MENICUCCI, 2007).

Já, em relação à saúde coletiva, do período de 1930 a 1950, esta se mantém sob a responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde<sup>12</sup>, órgão diretamente vinculado ao governo federal. Ao ministério cabia a responsabilidade pelas ações de educação e de saúde, sendo esta última relacionada ao saneamento rural e urbano; à propaganda sanitária; à higiene infantil, industrial e profissional; às atividades de supervisão e fiscalização e pela saúde dos portos e o combate às endemias rurais (BRAGA e PAULA, 1985).

Em 1945, com o fim do Estado Novo e a redemocratização do País, a mudança mais relevante no âmbito do Estado decorreu da ampliação considerável do jogo político travado entre o Estado e a sociedade civil que aumenta o poder de barganha dos segurados para reivindicarem ampliação e valorização dos planos de benefícios e serviços.

Todavia, o caráter particularista e clientelista que sempre permeou as relações entre o público e o privado na sociedade brasileira tornou-se hegemônico no sistema liberal pós - 1945, particularmente, no âmbito do aparelho governamental das políticas sociais. A estrutura fragmentária do sistema previdenciário facilitou a captura da máquina estatal.

Não se verificam nesse período importantes mudanças na estrutura organizacional dos institutos de aposentadoria, no seu padrão de financiamento, nem tampouco no modelo de assistência médica ofertada. Há, todavia, um significativo aumento das despesas com previdência, resultante da pressão dos contribuintes, mas que não foi acompanhado de uma maior participação financeira da União com o setor. Isso significa que o Estado, como contribuinte paritário do setor, permanece sonhando a contribuição com os institutos, sendo que, em 1948, a dívida da União correspondia à despesa anual total da previdência.

A fase populista na política brasileira não logrou alterar os mecanismos corporativos de redistribuição dos benefícios sociais. Desse período observam-se apenas ganhos relativos destinados aos setores do operariado urbano, na forma de favoritismo e clientelismo político, que, mormente, pretendiam fortalecer oligarquias sindicais. O DASP foi totalmente esvaziado, em reação ao seu papel autoritário que exercia no período anterior e, até 1961, não mais de 12% de todo o funcionalismo público tinha sido admitido por concurso público (NUNES, 2010).

Em resposta ao dilema criado entre o imperativo do desenvolvimento econômico e a incapacidade de reformar o aparelho do Estado tradicional e fortemente clientelista, criam-se

---

<sup>12</sup> O Ministério responsável pela educação e saúde, órgão do Governo Federal fundado no Decreto n.º 19.402, em 14 de novembro de 1930, com o nome de *Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública*, pelo então presidente Getúlio Vargas era encarregado pelo estudo e despacho de todos os assuntos relativos ao ensino, saúde pública e assistência hospitalar. Em 13 de janeiro de 1937, passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde e suas atividades passaram a ser limitadas à administração da educação escolar/educação extra-escolar e da saúde pública/assistência médico-social . Disponível em: <[www.mec.gov.br](http://www.mec.gov.br)>

agências de formulação política insuladas, equipadas por profissionais recrutados à base de competência e isentas de fisiologismos, mantendo-se a dicotomia entre a burocracia e a política, como forma de proteger a soberania do Estado em áreas estratégicas, dos interesses particularistas.

No campo político, os últimos anos do período democrático foram caracterizados por uma intensificação dos movimentos operários, compostos por grupos ideológicos de esquerda que buscavam confrontar com o poder das oligarquias sindicais vinculadas às redes clientelistas do Ministério do Trabalho.

Em 1964, setores mais conservadores da burguesia urbana, apoiados por lideranças populistas estaduais, e o setor agrário, fortalecidos com o apoio militar, destroem a coalizão populista vigente, desmobilizam os movimentos de massa e consolidam o novo regime autoritário do cenário político brasileiro (PRATES, 1991). De imediato, o regime recém-estabelecido imprime uma tendência progressiva de retração e posterior extinção da arena política institucionalizada. O espaço decisório vai se recrudescendo na coalização militares-tecnocratas, num ambiente de total ausência de responsabilidade política (PRATES, 1991).

Ainda, no final do governo de Juscelino Kubitschek, criou-se a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que propõe a uniformização e expansão dos benefícios prestados aos trabalhadores, resultando na fusão dos institutos e a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, que passa a assumir a assistência médica individual como parte inerente da Previdência Social (COHN e ELIAS, 2005).

A maior transformação organizacional na política previdenciária desde a década de 1930, numa tentativa de recapturar para o interior do aparelho estatal as instituições que se constituíam em recursos políticos estratégicos das elites, foi a integração dos institutos de aposentadoria e pensão num único Instituto Nacional de Previdência Social. Nesse período, amplia-se o número de contribuintes compulsórios e aumenta progressivamente a participação das despesas da assistência médica no total dos custos com a Previdência Social (MENICUCCI, 2007). Todavia, a União permanece contribuindo de forma marginal para a previdência, condição reforçada pela LOPS que extingue a contribuição paritária da previdência social, e o Estado passa a se responsabilizar apenas pelas despesas de administração. De acordo com Oliveira e Teixeira (1985), a LOPS expressou a natureza contraditória de sua formulação, ao expandir as concessões e benefícios previdenciários com a estreiteza do regime de capitalização.

Consoante à natureza autoritária do regime político, a uniformização da legislação sobre contribuição e benefícios previdenciários, que resultou na centralização em um único

instituto, foi acompanhada pela restrição da participação dos trabalhadores na definição da política previdenciária. Assim, os conflitos decisórios no processo de formulação de políticas públicas se limitavam a mera instância de confronto interburocrático.

Dada a supressão das forças societárias, o regime militar potencializou as relações individualizadas do Estado com a sociedade, no desenho de anéis burocráticos termo cunhado por Cardoso (1975), para descrever um mecanismo de caráter fisiológico, clientelista e também autoritário, mediante o qual a burocracia estatal realiza atendimento diferenciado das demandas de setores empresariais e outros de maior vocalização junto ao aparelho de Estado<sup>13</sup>.

De um modo geral, para compreender a conjuntura na qual se deu à unificação na previdência social, duas características parecem fundamentais: primeiramente o crescente papel do Estado como regulador da sociedade; e, segundo, o alijamento dos trabalhadores do jogo político (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

Nesse período de ditadura militar, consolida-se a segunda reforma do Estado, iniciada na década de 60, que teve como marco legal, o Decreto n. 200/67, que estabeleceu uma radical reestruturação na administração pública federal. Essa reforma apresentava-se inspirada no modelo gerencial de Estado, fundamentada em princípios como planejamento, organicidade, centralização decisória e normativa; e desconcentração, notadamente por intermédio da administração indireta, quer para atuar em setores produtivos da economia, quer para o cumprimento com mais flexibilidade, de funções típicas de Estado (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985; MARTINS, 1997).

A reforma fundamentava-se basicamente em dois objetivos: em primeiro lugar, contornar a rigidez das estruturas da administração direta, ao diversificar a natureza dos órgãos estatais (autarquias, empresas públicas, fundações etc.) visando promover a descentralização funcional do aparelho do Estado e, em segundo lugar, introduzir o espírito gerencial privado na administração do setor paraestatal. Em última instância, a reforma modernizante implicou um tipo de divisão de trabalho entre agências e estruturas do Estado, num primeiro esforço, no sentido da administração gerencial (MARTINS, 1997).

---

<sup>13</sup> Essa relação não advinha da existência de solidariedades ou da possibilidade de busca de recursos políticos comuns entre camadas ou frações de classe mais amplas, mas da definição, nos quadros dados pelo regime, de um interesse específico que pode unir em caráter transitório, um *círculo de interessados* na solução de um problema. O que os distingue de um *lobby* é que são mais abrangentes (ou seja, não se resumem ao interesse econômico) e mais heterogêneos em sua composição (incluem funcionários, empresários, militares etc.) e, especialmente, que para ter vigência no contexto político-institucional brasileiro, necessitam estar centralizados ao redor do detentor de algum cargo (MATTOS, 2006).

Não há como negar que, neste período, o aparelho do Estado passou por um vigoroso processo de modernização administrativa, porém contextualizado por uma ruptura que promoveu entre política e administração, atributo do modelo decisório tecnocrático e pelo controle dos meios de produção pela tecnoburocracia<sup>14</sup>. A própria noção de tecnoestrutura supõe uma relação funcional entre Estado e sociedade alheia à política, em parte, pelo espaço preenchido pela força do regime, em parte devido a um processo de esvaziamento da elite política (BRESSER PEREIRA, 2007; MARTINS, 1974).

Embora essa reforma tenha sido uma tentativa de administrar a coisa pública de forma gerencial, em contraposição à forma burocrática, também produziu consequências indesejáveis não previsíveis: o retorno de práticas clientelistas no recrutamento de pessoal e a marginalização política da administração direta que, julgada inoperante, deixou de ser priorizada em termos de investimento e renovação pelo governo (PRATES, 2004). Adicionalmente, a falta de controle público que acompanhou a intensificação do insulamento burocrático e resultou na impunidade e corrupção em larga escala no âmbito estatal (NUNES, 2010).

Em síntese, o padrão de insulamento burocrático implementado pelo regime militar foi essencialmente dicotomizante. Por um lado, insulou o Estado da política, estabelecendo um padrão de regulação tecnocrática, situação característica de um regime autoritário. Por outro, e como consequência, não logrou preservá-lo da própria influência patrimonialista que, por meio de formas como a dos *anéis burocráticos* e estratégias de ganhos crescentes oportunistas (*rentseeking*), representaram um padrão de autonomia insulada mediante inserção auto-orientada (MARTINS, 1997).

No bojo desse remodelamento do Estado, o regime autoritário manteve a lógica de modernizar a burocracia de forma fragmentada por meio de *ilhas de excelência* na burocracia tanto na administração direta, quanto nas empresas públicas, autarquias e fundações que, de certa forma, tornaram-se os alicerces da governabilidade do regime militar. Segundo Evans (1995), o problema perene da burocracia pública brasileira é a tentativa de modernizá-la por fragmentos que inviabilizam a coerência organizacional do aparato estatal como um todo.

---

<sup>14</sup> Termo desenvolvido por Bresser (1980) no seu livro- *A sociedade estatal e a tecnoburocracia* ao identificar a burocracia como uma nova classe social, que exerce em diversos níveis funções técnicas e administrativas de planejamento e coordenação nas grandes organizações burocráticas, públicas ou privadas, que caracterizam os sistemas econômicos contemporâneos.

Assim, as transformações do setor de saúde dessa época devem ser analisadas inseridas nesse contexto mais amplo de reforma do Estado. A partir da unificação dos institutos, em 1966, na vigência do regime militar, o processo de criação do INPS insere-se na perspectiva de modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de ter representado um esforço de desmobilização das forças políticas. Reforçando essa ideia, vale destacar que o governo não tinha por objetivo a expansão das bases para uma cidadania universalista do País. Ao invés disso, contribuiu para manter inalteradas as bases da *cidadania regulada* da República Velha (NUNES, 2010).

Em relação à assistência médica, constata-se uma ampliação da cobertura associada a um aumento de aproximadamente 95% dos gastos do INPS com o setor. Todavia, se por um lado a previdência social universaliza de alguma maneira os serviços de atenção médica, por outro, a ênfase da medicina previdenciária permanece de cunho individualista e assistencialista, menosprezando as medidas de saúde coletiva, tradicionalmente executadas pelo Ministério da Saúde (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

Novas diretrizes da política previdenciária se orientam pela expansão da cobertura médica via contratação de serviços de terceiros, priorizando a iniciativa privada em detrimento do setor público. Apenas em caráter suplementar, o Estado organizaria e exploraria diretamente a atividade econômica e social, tal como referenciado pelo Decreto Lei n. 200/67, que priorizou a descentralização da administração pública estatal para a iniciativa privada ou agências governamentais. Esse modelo administrativo subsidiou a consolidação da assistência médica previdenciária, de caráter individual, e *hospitalocêntrico*, prestado fundamentalmente pelo setor privado.

Se a assistência à saúde, ofertada pela previdência, dependia basicamente dos contratos com o setor privado, por outro lado, os recursos centralizados no âmbito do INPS permitiram uma atuação praticamente *monopsônica* do Estado como comprador de serviços privados de assistência médica, garantindo um mercado institucional pela via dos segurados da Previdência. Já, em 1967, dos 2.800 hospitais existentes no País, 2.500 eram contratados pelo INPS (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

Nessa relação entre o Estado e o setor privado, a prática médica se torna uma atividade altamente lucrativa, juntamente com os interesses econômicos da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985). Os serviços médicos privados passam a ter prioridade e incentivos na política de saúde.

Sendo assim, as modificações no processo decisório e no jogo de pressões no interior da previdência implicaram a substituição do clientelismo populista anterior por uma aparente

gestão previdenciária tecnocrática, supostamente imune às pressões, mas de fato aberta a interesses empresariais do setor saúde (MENICUCCI, 2007; COHN e ELIAS, 2005).

A burocracia do INPS, fortemente influenciada por técnicos vinculados aos Institutos de Aposentadoria e Pensão, especialmente dos industriários, defendiam a manutenção do modelo de privatização dos serviços de saúde, condições institucionais que favoreceram o desenvolvimento do *complexo médico-industrial*, no período militar (POLIGNANO, mimeo). Essa política médica previdenciária indicava claramente uma posição de articulação do Estado com interesses do capital, inclusive internacional, que se expandiu na indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

No setor da saúde, a relação entre os prestadores de serviços de saúde e a burocracia do Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), era marcada por um amplo aporte de subsídios<sup>15</sup> estatais diretos e indiretos ao setor privado, com consequente aumento da autonomia financeira e redução da dependência em relação à venda de serviços para o setor público. Essa condição de o Estado privilegiar o setor privado da saúde, para a oferta de assistência médica, sem mecanismos eficientes de regulação para o controle destas negociações, esteve presente de uma forma geral na consolidação da política de saúde brasileira.

Diferentemente das ações médicas previdenciárias, as medidas de saúde coletiva mantêm-se sob a responsabilidade e execução exclusiva do Estado. Torna-se interessante ressaltar, que embora o Decreto-Lei n. 200/67 tenha atribuído ao Ministério da Saúde<sup>16</sup> a

---

<sup>15</sup> O complexo médico industrial foi extremamente beneficiado por uma política de financiamento adotada na época, que compreendia basicamente três mecanismos. O primeiro refere-se ao Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), instrumento que começou a operar em 1975, de apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social, subordinado ao Conselho de Desenvolvimento Social (CDS). Embora houvesse uma recomendação de alocação de 70% dos recursos do FAS no setor público e 30% no setor privado, no caso específico da saúde, esses recursos foram utilizados basicamente em clínicas e hospitais particulares. A Federação Brasileira dos Hospitais exerceu forte pressão sobre o Estado no sentido de garantir o favorecimento do setor privado na aplicação dos recursos do FAS, viabilizado por empréstimos basicamente subsidiados (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985). O segundo dizia respeito ao credenciamento para a compra de serviços médicos. Neste caso, os serviços privados eram credenciados do INPS para atenderem pacientes segurados no âmbito da previdência. Esses contratos eram remunerados por Unidades de Serviço (US) que foi um fator incontrolável de corrupção. E, por fim, os convênios com empresas ou medicina de grupo, representados pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), que consistia em um subsetor credenciado ao INPS, o qual desobriga a responsabilidade de prestação de serviços médicos pelo INPS. Neste caso, a empresa passa a arcar com a atenção médica dos seus funcionários, ao comprar serviços médicos de outras empresas *medicina de grupo* e, em contrapartida, recebe um subsídio do INPS (BRAGA e PAULA, 1986)

<sup>16</sup> De acordo com o Decreto-Lei n. 200/67 as atribuições do MINISTÉRIO DA SAÚDE se dividiam em: política nacional de saúde; atividades médicas e para-médicas; ação preventiva em geral; vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; Controle de drogas, medicamentos e alimentos; Pesquisas médico-sanitárias.

competência para formulação da política nacional de saúde, além de subordinar a assistência médica e previdenciária à política nacional de saúde, tais atribuições não saíram do papel, pois conflitavam com o orçamento precário do MS. Isto significa que não houve um mecanismo operacional que viabilizasse as disposições legais.

Em 1974, no governo Geisel, o País experimenta uma forte crise econômica e política, e a necessidade de institucionalizar o regime vigente fez com que a previdência social fosse eleita como um canal quase exclusivo de mediação entre o Estado e as classes trabalhadoras. Várias medidas legais e administrativas são tomadas em direção ao fortalecimento do modelo de seguridade social, no que se refere à ampliação da cobertura e dos benefícios previdenciários (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

Ainda, nesse ano, cria-se o Ministério de Previdência e Assistência Social (Lei n. 6.025/74) fortalecendo institucionalmente a previdência social, que até então se vinculava ao Ministério do Trabalho. Essa medida define as competências do Ministério da Saúde e da Previdência Social, sendo que o primeiro permanece com uma atuação eminentemente normativa e ação executiva restrita às medidas e atendimentos coletivos, e ao MPAS reitera-se o papel de provedor da assistência médica individual.

Em 1975, tem-se o primeiro esforço no sentido de integrar a política de saúde, após o Decreto n. 6.229, que discorre sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde como um complexo de serviços do setor público e do setor privado, no qual competia ao Ministério da Saúde formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesses coletivos. No entanto, a lei não avança no sentido de uma efetiva unificação da política, ao apontar discriminadamente o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde como os órgãos responsáveis pela saúde individual e coletiva, respectivamente.

Nesse sentido, embora o Ministério da Saúde tivesse formalmente a atribuição de definição da política nacional de saúde (conforme já apontara o Decreto-Lei n. 200/67 e a Lei n. 6.229/75), o que se verifica é a autonomização da política de assistência médica previdenciária em relação à política nacional de saúde e à manutenção das atribuições de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, assistência nos hospitais federais - particularmente aqueles ligados às campanhas - e produção de insumos, limitada ao Ministério da Saúde. A pouca relevância das medidas de atenção à saúde coletiva permanece explícita na participação decrescente do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento

---



geral da União: em 1968 correspondia a 2,21% deste; em 1972, a 1,40% (BRAGA e PAULA, 1986). Adicionalmente, o sistema de saúde previdenciário segue o modelo autoritário-burocrático implantado em todo o País, construído sem a participação dos profissionais do setor e da sociedade em geral e de caráter privatizante (GALLO e NASCIMENTO, 1995).

Em 1977, as funções previdenciárias de caráter pecuniário foram dissociadas daquelas referentes à assistência médica individual, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS)<sup>17</sup>, mantendo a segunda sob a responsabilidade de uma nova autarquia desse ministério, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (MENICUCCI, 2007).

No que tange à questão da assistência médica, a criação do INAMPS reforça institucionalmente o setor da saúde, embora mantenha as diretrizes anteriores da assistência individual privatizante.

O INAMPS, com recursos previdenciários, passa a responder pela assistência médica dos contribuintes por meio de sua rede própria e de serviços contratados e conveniados, priorizando o segundo mecanismo. Nos estados havia as Superintendências Regionais do INAMPS que, apesar de subordinadas às decisões centrais, administravam os serviços próprios e se relacionavam diretamente com os prestadores privados (INOJOSA apud NASCIMENTO, 1999).

Consoante o contexto autoritário do regime militar, o projeto da saúde é elaborado pelos dirigentes do primeiro escalão da burocracia do INAMPS, subordinado ao MPAS (LUZ, 2007).

Por mais de dez anos, após sua criação em 1977 e extinção em 1993, o INAMPS assumiu um papel preponderante na condução da política de saúde do País, ao coordenar o subsistema de assistência médica previdenciária e dispor de maior poder político e financeiro do que o Ministério da Saúde (MACHADO, 2007).

Nas décadas de 1970 e 1980, a arena de negociação no âmbito da saúde constituía-se basicamente pela presença marcante de quatro atores, sendo eles: o provedor empresarial privado credenciado pelo INPS, empresários das grandes companhias interessados em ampliar a assistência dos seus funcionários, os proprietários das empresas de medicina de grupo e, por fim, o pagador Estado, representado pela forte burocracia centralizada no INAMPS

---

17 De acordo com a Lei 6439/77 fica instituído o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, sob a orientação, coordenação e controle do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Conforme parágrafo 3 cria-se o INAMPS como uma das autarquias do sistema de previdência social, responsável pela assistência médica dos segurados do atual INPS e respectivos dependentes, na forma do disposto nos itens I e IV do artigo anterior (Disponível em <[www.jusbrasil.com.br/legislacao](http://www.jusbrasil.com.br/legislacao)> Acesso em: 13 de Out. de 2010.

(HOCHMAN, 1992; MENICUCCI, 2007). A organização desses interesses foi expressa na criação de órgãos de representação, tais como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Associação brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) a Associação Médica Brasileira (AMB), sendo que, esta última, obtém no regime militar maior relevância política, desde sua criação em 1951.

Até o fim da década de 1980, não havia uma política nacional de saúde integrada, mas, sim, dois subsistemas de saúde, conduzindo a política com óticas completamente distintas, coordenados por diferentes órgãos federais: o antigo Ministério da Saúde e o INAMPS/MPAS. Uma característica comum entre esses dois órgãos gestores do sistema de saúde diz respeito ao alto grau de centralização decisória e financeira (MACHADO, 2007). O INAMPS se manteve, até início da década de 1990, hegemônico na prestação de serviços médicos, por meio, sobretudo, de hospitais contratados com o segmento privado (SILVA 2000; COHN e ELIAS, 2005).

Paralelamente, o Ministério da Saúde, criado em 1953, permanece responsável apenas pela saúde coletiva, numa condição de menor *status*, especialmente quanto à rubrica destinada ao setor, se comparado ao papel hegemônico assumido pela assistência médica previdenciária (SILVA, 2000). Dessa forma, o MS e as Secretarias de Saúde dos estados e municípios desenvolviam, fundamentalmente, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com foco em campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação desses entes públicos na prestação de assistência à saúde era bastante limitada, restringindo-se às ações desenvolvidas por alguns poucos hospitais próprios e pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) e dirigidas à população não-previdenciária – os chamados indigentes. Os indigentes tinham, ainda, por uma atividade caritativa, acesso a serviços assistenciais de saúde prestados por instituições de caráter filantrópico tais como as Santas Casas (CONASS, 2005).

No entanto, durante a década de 1980, a predominância do modelo previdenciário de saúde foi confrontada pelo movimento de reforma sanitária, formado por acadêmicos, pesquisadores, sindicato de profissionais e trabalhadores da saúde, lideranças de movimentos sociais, que partem de uma crítica contundente à trajetória dicotômica da política de saúde e ao modelo previdenciário de assistência até então hegemônico.

O processo de democratização do País associado à forte crise da Previdência Social cria condições extremamente favoráveis para o fortalecimento político e ideológico do movimento sanitário e, não obstante, para uma efetiva transformação do sistema de saúde (CÔRTEZ, 2009; MACHADO, 2007).

### 3.1 Falência do modelo médico previdenciário e abertura democrática

Em 1980, com a crise da previdência instalada e tendo em vista o enfraquecimento do regime autoritário, abrem-se espaços, tanto no âmbito do governo, quanto da sociedade civil organizada, para o surgimento de propostas alternativas ao sistema de saúde vigente, que já estavam sendo aventadas desde a década de 1970. Essa crise tem origem, inicialmente, na contradição estrutural do sistema previdenciário, que se expandiu numa óptica praticamente universalista, porém em base restrita de financiamento. O subfinanciamento do setor por parte da União foi agravado pelas incontáveis denúncias de corrupção envolvendo o Estado e os prestadores de serviços de saúde, que colocava em questão a qualidade e eficiência da gestão e prestação de serviços de saúde (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Neste contexto de crise, emergem no campo político, atores que anteriormente tinham pouco peso no cenário nacional, como políticos das esferas subnacionais de governo e o *Partido Sanitário*<sup>18</sup>, cuja atuação era legitimada pela forte tradição sanitarista nacional. Ainda, na década de 1980, sanitaristas históricos passaram a ocupar posições-chave na estrutura organizacional dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, reforçando, sobretudo, o ideário da reforma do sistema em prol de uma saúde pública e de acesso universal (CORDEIRO, 1991).

A origem histórica do movimento sanitário encontra-se na conjuntura das crises e reformas do modelo previdenciário de saúde consolidado no regime autoritário. É possível afirmar que as transformações institucionais e gerenciais ocorridas na década de 1970 nos órgãos gestores da previdência, tal como a criação do MPAS e o SINPAS, abrem espaços dentro dessa nova ordenação institucional para a discussão das ações governamentais da saúde. Nesse sentido, esse período é marcado por esforços no sentido de elaborar programas através dos quais o Movimento Sanitário foi experimentando suas proposições de reformulação do sistema, de forma ainda localizada e marginal (TEIXEIRA e MENDONÇA, 1989).

---

<sup>18</sup> O termo *Reforma Sanitária* foi usado pela primeira vez no País em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de propostas referentes às mudanças e transformações propostas para a área da saúde. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde. Em uma reunião da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Brasília, esse grupo de pessoas foi denominado *partido sanitário*, apesar do grupo não se constituir um partido político. Outros termos como *movimento pela reforma sanitária* e *movimento da reforma sanitária* são usados indistintamente para representar este movimento social. Disponível em <bvsarouca.icict.fiocruz.br>

O movimento tem o seu apoio civil na instituição do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), criado em 1976, por médicos vinculados ao departamento de medicina preventiva da Faculdade de Saúde Pública da USP. O CEBES, entidade articuladora de um movimento político, apoiou a organização e a condução em nível nacional do processo de divulgação, discussão e politização da reorganização do Sistema Único de Saúde. Além disso, essa associação de natureza acadêmica propiciou um conjunto de debates sobre saúde que posteriormente, contribuiu para a ideia de reforma sanitária, inspirada, sobretudo, nas ciências sociais marxistas, com o enfoque na reversão da política privatizante do sistema. Segundo Paim (2007), o CEBES representou o intelectual coletivo do movimento de democratização da saúde. Outra importante entidade que se destacou no movimento de reforma sanitária foi a ABRASCO, constituída em 1979, que passa ocupar um espaço de organização da prática acadêmica em torno da crítica ao modelo assistencialista previdenciário.

Ambas as entidades tiveram um papel fundamental nas definições conceituais e técnicas da proposta de reforma sanitária, mesmo após a consolidação legal do Sistema Único de Saúde.

O movimento da reforma sanitária contou também com a influência do Partido Comunista Brasileiro (PCB), já que grande parte dos profissionais de saúde envolvidos com o movimento era vinculada ao partido. O PCB auxiliou na articulação de setores sociais para as questões da saúde, inserindo a saúde como um componente da democracia (NASCIMENTO, 2007). Essa organização civil na defesa do sistema de saúde envolvia intelectuais, profissionais da saúde, associações e movimentos sociais, tendo como diretriz a saúde como valor universal e, concomitantemente, a defesa da reformulação do sistema de saúde vigente, em direção à universalidade e equidade da assistência.

Não é possível identificá-lo como um grupo de interesse, pois aglutina, além de indivíduos, entidades de diferentes natureza funcional, organizacional e política, que extrapola aos interesses privados dos participantes. A participação do movimento sanitário junto ao Estado não aconteceu por meio das organizações que dele faziam parte, mas basicamente de forma individualizada, através das lideranças que se destacaram como porta vozes das propostas reformadoras e foram convidados a ocupar cargos estratégicos no aparelho do estado (VAITSMAN, 1982 p. 154).

Esse movimento apresentou um conjunto de propostas políticas e técnicas que se orientavam pela defesa da universalização da saúde, unificação do comando nacional do sistema, planejamento integrado e orientado para as necessidades de saúde, criação de fontes de financiamento estáveis e diversificadas, racionalidade de distribuição e promoção de

equidade, regulação dos segmentos privados e, por fim, a valorização da prestação dos serviços por outras esferas de governo e a iniciativa privada apenas em caráter suplementar (MACHADO, 2007).

Uma particularidade do movimento de reforma sanitária diz respeito à presença orgânica de representantes do movimento nas três esferas da administração pública, bem como no conjunto das instituições de saúde, que se mantêm estrategicamente no processo de consolidação do SUS.

O movimento de reforma foi fortalecido pelo apoio de secretários municipais de saúde, opositores ao governo, que também se articulavam politicamente promovendo encontros e seminários na defesa da reorientação do sistema de saúde, por meio da ênfase na atenção primária e descentralização em prol de maior autonomia financeira e administrativa dos municípios<sup>19</sup>.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, convocada pelo Ministério da Saúde é um marco da politização do discurso sobre a saúde, considerando que esse evento congregou interesses múltiplos de atores envolvidos com o setor, sindicatos, profissionais, intelectuais, movimentos populares, partidos políticos etc, que legitimaram o programa para a reforma sanitária. O movimento social de reforma consolida-se, nesse encontro, ao congregar mais de quatro mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil para discutir um novo modelo de saúde para o Brasil. Um dos resultados mais relevantes dessa congregação foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, o princípio da saúde como direito e dever do estado, fundamentada na universalização do acesso em base estatal para o sistema de saúde (TEIXEIRA & MENDONÇA, 1989).

Paralelamente ao movimento sanitário e às iniciativas locais de transformação do sistema, no âmbito do governo federal, propostas de reforma do modelo de atenção à saúde são vistas como estratégicas estatais para enfrentamento da crise pela qual passava a previdência e, sobretudo, da instabilidade política do regime militar. No sentido de minimizar

---

<sup>19</sup> Os secretários municipais de saúde desenvolviam experiências locais, em parceria com universidades, serviços e a comunidade, baseados nos modelos de medicina comunitária que, posteriormente, subsidiaram a formulação da política nacional de saúde. Os municípios que se destacam por tais tipos de experiência foram: Campinas (SP), Lages (SC), Londrina (PR), Niterói (RJ), Piracicaba (SP), Montes Claros (MG), Capim Branco (MG) e Porto Nacional (GO), além de municípios na região Nordeste que, sob a influência do PIASS, implantam também novas políticas locais de saúde (Muller, 1991). Em 1979, secretários municipais de saúde realizam o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, no qual o CEBES apresentou propostas de reorientação do sistema de saúde, que foram em grande parte incorporadas à VIII Conferência Nacional de Saúde. Cabe destacar que a descentralização, no interior de um sistema único de saúde, aparece nesse momento tanto como uma estratégia para se atingir uma maior eficácia do sistema, quanto com o objetivo de maior democratização do Estado e do sistema de saúde por meio da ampliação da participação popular (MULLER, 1991).

as pressões contrárias ao sistema vigente, legitimadas pelo processo de redemocratização, são elaboradas, no âmbito do governo federal, três propostas de reformulação da assistência à saúde, o Prev-Saúde<sup>20</sup> o AIS<sup>21</sup> e o SUDS<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-Saúde (1980), foi um projeto elaborado por um grupo técnico composto por representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, configurou-se numa tentativa de incorporar alguns pontos defendidos pelo movimento sanitário à política pública de saúde, no sentido de reestruturar e ampliar os serviços de saúde, incluindo áreas de saneamento e habitação. Esse projeto foi fortemente influenciado pelas propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS) sancionadas na Conferência de Alma Ata, que reconheciam a relevância da atenção primária e do acesso universal da saúde. Porém, formulado ainda no período autoritário, sem uma interlocução com os atores envolvidos com o setor, sofre pressões dos setores capitalistas, e seus elos de ligação no interior da burocracia estatal resulta na inviabilização do projeto antes mesmo de ser oficialmente sancionado. Pelo menos doze atores envolvidos diretamente na discussão do programa governamental Prev-Saúde apresentaram interesses divergentes que puderam indicar com certa precisão a estrutura de poder do setor de saúde no período de transição para o regime democrático, dentre eles, o CEBES; a Presidência do INAMPS; a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH); a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP); o OPAS; a Associação brasileira de medicina de grupos- ABRAMGE; e Associação paulista de medicina; Federação Nacional dos Médicos; (FLEURY,1997). Todavia, não há como negar que essas iniciativas estatais apontaram novas direções para o modelo de organização dos serviços de saúde especialmente no que diz respeito à distribuição do poder no setor mediante a inovação de mecanismos de participação colegiada.

<sup>21</sup>Um dos programas que compunha o Plano de Reorientação da Assistência Médica Previdenciária defendido pelo CONASP era o projeto de Ações Integradas da Saúde (AIS), que também consistia numa proposta de reordenamento do setor, executada de forma tripartite pelo MPAS/INAMPS, MS e SES, estabelecendo convênios de gestão com base na participação orçamentária de cada uma das partes. Essa proposta, que ocorreu de 1982 a 1986, teve por objetivo a racionalização e o controle dos gastos, além do estabelecimento de uma gestão colegiada de recursos, possibilitando um entrelaçamento institucional entre estados e municípios para a gestão dos serviços de saúde (SILVA, 2000). Neste período, inaugura-se o processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada via CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, envolvendo MS, MPS, MEC, e das Comissões Inter-Institucionais estaduais, regionais, municipais e locais (CIS, CRIS, CIMS) (COHN e ELIAS, 2005). Esta estratégia de articulação intergovernamental alcançada pela AIS extrapola a perspectiva exclusiva da previdência e do poder central sobre o funcionamento do sistema de saúde em direção à descentralização do setor (FLEURY,1997). No entanto, os recursos financeiros destinados pela Previdência Social às AIS são totalmente secundários dentro do quadro geral de gastos com assistência médica. Assim, segundo dados do INAMPS, as Ações Integradas de Saúde representaram, no ano de 1985, menos de 10% do orçamento destinado à assistência médica previdenciária. Enquanto isso, nesse mesmo ano, no setor privado investia-se 49% do orçamento total do INAMPS. Ou seja, apesar do discurso oficial, a lógica privativista continuou sendo determinante (PIMENTA, 1993). Portanto, a ineficiência dos mecanismos de repasse de recursos federais a outras esferas de governo resultou na manutenção do caráter centralizador do INAMPS que, por seu turno, limitou a expressão das comissões interinstitucionais que fortaleceriam o processo de descentralização da saúde.

<sup>22</sup> O programa SUDS fundava-se na cooperação intergovernamental prevista no art. 13, da constituição de 1967, e no Decreto de Lei n. 200/67, referente à reforma do Estado, que previa a descentralização das atividades administrativas da Administração. Representava uma mudança qualitativa das AIS posto que alterava o papel do INAMPS de executor para planejador e fiscalizador das ações de saúde (SILVA, 2000). O SUDS propunha a SES atuar como condutora da política de saúde na regionalização e no estabelecimento de relações com os prestadores privados (SILVA, 2000). Isto significava que a decisão no plano estadual e municipal deveria caber às Secretarias Estaduais de Saúde - SES - e a cada Secretaria Municipal de Saúde - SMS -, face as respectivas transferências de recursos. Neste sentido, um outro avanço resultante do SUDS referiu-se à alteração da forma de financiamento dos serviços de saúde, que substituiu o repasse por produção pela transferência de recursos mediante ao orçamento de um Plano Diretor. Pretendia-se assim, considerar as realidades municipais, regionais e estaduais ao transformar a lógica de convênio das AIS, com a permanência de vínculo município e governo federal (INAMPS) para a condição dos municípios se associarem aos SUDS-Estaduais.

Pode-se afirmar que esses foram os primeiros ensaios de uma de gestão compartilhada entre os três níveis de governo e de controle social, na medida em que visavam incorporar sindicatos e associações profissionais nas arenas decisórias.

Segundo Teixeira (1989), a proposta do SUDS antecipou a reorganização do arcabouço institucional mais geral do sistema, ao realizar a descentralização administrativa do quadro Institucional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), transferindo aos estados e municípios atribuições anteriormente executadas pelo MPAS e INAMPS.

Cabe lembrar que, tal como sucedeu na consolidação das AIS, o SUDS também foi formulado, implementado e defendido por cúpulas da tecnocracia do INAMPS e do MS, em particular profissionais das áreas de planejamento, o que marcava a manutenção do poder da tecnoburocracia da saúde do nível central na condução das transformações do sistema.

O SUDS também teve sua implantação sujeita aos entraves locais e às disputas políticas dentro do aparelho do Estado. Não só a *estadualização* do INAMPS - como também a *municipalização* dos serviços básicos de saúde (um dos objetivos do SUDS), se deu de maneira extremamente diversificada. Nos anos de 1987 e 1988, a gestão do SUDS apresentava-se bastante heterogênea, visto que, enquanto alguns estados avançavam na descentralização, ao assumirem integralmente a estrutura do INAMPS e municipalizarem grande parte de sua rede básica, como é o caso de São Paulo, outros mantinham inalterados o desenho de convênios das AIS com a estrutura centralizada do INAMPS (RIBEIRO, 2009).

Verificam-se, assim, nesse período, as primeiras iniciativas em direção ao processo de descentralização da saúde, buscando, sobretudo, transformar o caráter centralizador do INAMPS num órgão fiscalizador das ações de saúde, reduzindo, assim, a hegemonia da burocracia federal na definição e execução da política de saúde. No entanto, uma parcela do movimento sanitário critica a atuação do Ministério da Previdência na implantação das AIS e do SUDS, primeiro por não valorizar as ideias da reforma sanitária, e segundo, por investir na cooptação dos governos estaduais e prefeituras com a proposta de descentralização de recursos, reduzindo o sistema a uma dimensão puramente administrativa e mantendo o objetivo de preservar o poder do setor nas mãos da previdência social (PAIM, 2007).

Considerando o cenário de confronto de forças no campo político-ideológico diante das propostas de reorientação da política de saúde, sobretudo da redução do poder hegemônico do INAMPS sobre a assistência médica, verifica-se um forte movimento de resistência gerado mediante o processo de transferência de recursos financeiros e políticos do nível central para os níveis periféricos, evidenciado, particularmente, na burocracia sanitária do INAMPS (MENICUCCI et al, 1999).

Em suma, a estratégia das AIS e a implantação do SUDS, embora tenham se consolidado num processo político relativamente antagônico entre a manutenção da estrutura do INAMPS e a proposta defendida pelo movimento sanitário, representaram avanços fundamentais no campo político-institucional em direção à inserção da saúde como componente no sistema de seguridade social, posteriormente consolidado na constituição de 1988. Buscava-se com esses mecanismos minorar a segmentação do acesso a serviços de saúde dotados de financiamento público, embora tais convênios tenham se superpostos, até 1990, às estruturas de oferta que caracterizaram o modelo segmentário de saúde (RIBEIRO, 2009; PAIM, 2007). Não por acaso os dois programas federais (AIS e SUDS) e a VIII Conferência Nacional de Saúde são considerados como as fundações sobre as quais o SUS foi erigido (CÔRTEZ, 2009).

Um divisor de águas no sistema de saúde teve seu ápice na Constituição de 1988, no contexto do primeiro governo da redemocratização, na qual foram legalmente elaboradas diretrizes que previam mudanças institucionais profundas no sistema, tal como a universalização e integralização do acesso aos serviços de saúde por meio de um sistema público de financiamento.

### **3.2 A Reforma da Saúde pós - 1988**

Para compreender a Reforma da Saúde, orientada pelas proposições do SUS, é necessário analisá-la inserida num contexto mais amplo de reforma do Estado, decorrente da transição para o regime democrático, que teve como marco legal a constituição de 1988. Num contexto político institucional, a constituição de 1988 alterou várias questões atinentes à administração pública, em um nível tal que, desde então, não é possível pensar na reforma da saúde, sem considerar essas condições institucionais advindas com a Nova República. Entre elas, quatro conjuntos de mudanças tiveram um impacto direto na reorientação do sistema de saúde brasileiro, a saber: o processo de democratização do Estado que, de alguma forma, fortaleceu o controle externo da administração pública, bem como o reforço dos princípios da legalidade e da publicidade; a equivalência do município como ente federativo aos estados e ao governo federal; a descentralização construída nos anos de luta contra o autoritarismo e que ganhou enorme relevância na Constituição de 1988 (após 20 anos de centralismo político, financeiro e administrativo, o processo descentralizador abriu oportunidades para maior participação cidadã e para inovações no campo da gestão pública) e, por fim, a reforma do



serviço civil<sup>23</sup>, por meio da profissionalização da burocracia e da seleção meritocrática e universal, consubstanciada pelo concurso público (ABRÚCIO, 2007).

No que diz respeito à política de saúde, o texto elaborado em 1988 atende boa parte das reivindicações do movimento sanitário que vinham sendo construídas desde a década de 1970, no sentido da garantia de um sistema único de saúde. Esse novo sistema de saúde, ancorado nos princípios de seguridade social, insere a saúde como direito universal e dever do Estado. Todavia, de acordo com Menicucci (2007), a reforma da saúde definida na Constituição Brasileira de 1988 apresenta um processo dual de inovação e conservação de estruturas consolidadas no modelo médico privatista. No que se refere à inovação, a reforma avança substancialmente na transformação da concepção da assistência à saúde em direção ao universalismo e à publicidade do sistema, ao definir a saúde como direito de todos e dever do Estado. Por outro lado, o próprio texto constitucional, no seu art. 199, destaca que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, a qual participará de forma complementar ao sistema único de saúde, permanecendo, assim, a dualidade público/privado do setor.

Em relação à ruptura institucional demarcada na constituição em prol de um sistema único de saúde, dois fatores foram preponderantes para esses avanços: um primeiro e mais importante refere-se à conjuntura política mais ampla, caracterizada pelo processo de democratização do País, que permitiu a participação ativa de novos atores no processo decisório da política de saúde, com destaque para a atuação do movimento de reforma sanitária. E um segundo diz respeito à crise da política previdenciária de saúde, que desde os anos 1970 apresentava indícios de esgotamento do modelo, particularmente quanto à capacidade de financiamento e baixa efetividade da assistência ofertada.

Por outro lado, a continuidade do modelo privatista, presente no formato híbrido público-privado do sistema pós - 1988, pode ser explicada por fatores político-institucionais constituídos ainda durante a década de 1960, no âmbito da previdência social. De acordo com a autora, o baixo controle da rede privada e a captura da burocracia governamental pelos interesses dos prestadores de saúde, somado ao forte poder de veto exercido por esses atores no processo constitucional, garantiram a preservação dos arranjos previamente estabelecidos (MENICUCCI, 2007). Pode-se afirmar que se, por um lado, a reforma amplia a

---

<sup>23</sup> A Constituição de 1988, de forma inédita, reservou um capítulo específico à administração pública. Em relação à profissionalização meritocrática do serviço civil, define-se o processo de recrutamento com a instauração do princípio do concurso público universalizado ( art.37,II e III), previsão de planos de carreira e garantia do direito democrático de greve. Acreditava-se que, pela primeira, vez tais medidas consolidariam o modelo burocrático weberiano no País, sempre incompleto desde a reforma do DASP. Todavia, o que se verifica é que cada uma das medidas apresentaram sérias limitações que inviabilizaram a ampla reforma no serviço civil (LOUREIRO, et al, 2010).

responsabilidade estatal no campo da saúde, paradoxalmente, alguns dispositivos constitucionais garantiram a continuidade das formas privadas de assistência.

Outro fator limitante do processo de reforma deveu-se ao subfinanciamento do sistema que, desde a sua consolidação, nunca garantiu de forma efetiva a implantação dos princípios constitucionais de universalidade de acesso e cobertura da rede de assistência. O Sistema Único de Saúde enfrentou o seu primeiro impasse ainda na regulamentação do texto constitucional, que só ocorreu dois anos após a promulgação da constituinte, e dependeu de forte mobilização dos grupos pró reforma para a aprovação da Lei Orgânica da Saúde - LOS. O processo de elaboração da LOS coincidiu com a instabilidade econômica e a crise fiscal do Estado, bem como com um cenário político desfavorável ao projeto de reforma. As forças e partidos políticos identificados com o projeto da reforma sanitária haviam perdido o segundo turno da eleição presidencial em 1989. Esse era o cenário dos primeiros anos de implementação do SUS.

Apesar dos vetos do presidente Collor, a Lei n. 8.080/1990 foi sancionada, orientada pelo texto constitucional que afirma no seu art. 2 a condição da saúde como um direito fundamental do ser humano e dever do Estado. Reforça ainda a gestão político-administrativa descentralizada, com ênfase na implementação municipalizada, bem como na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Os municípios passam a ser responsáveis por prestar serviços de saúde à população, com cooperação técnica e financeiras da União e do Estado. Essa ampliação das competências municipais resultou da disputa política no processo constituinte, fortemente influenciada pelos integrantes do movimento municipalista, que defendiam a autonomia municipal frente aos demais poderes. Essa posição municipalista está claramente presente na carta constitucional e permanece como diretriz de implantação do sistema nas demais leis que regulamentaram o sistema nacional de saúde.

Adicionalmente, a Lei n. 8.142/1990 complementar à 8.080/1990 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das instâncias colegiadas conselhos de saúde e conferência de saúde e ainda discorre sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, dando prioridade de repasse aos municípios.

Em síntese, essa legislação tratou das competências das três esferas de governo. À esfera federal competiu a formulação de políticas nacionais, o planejamento, a normalização, a avaliação e o controle do sistema de abrangência nacional, ou seja, o Ministério da Saúde foi definido como autoridade sanitária nacional; à esfera estadual, a formulação da política estadual, a coordenação e o planejamento do sistema de abrangência estadual e à esfera

municipal, a formulação da política municipal e a provisão das ações e serviços de saúde (COHN & ELIAS, 2005).

Ainda no âmbito do executivo, a implantação do SUS demandou mecanismos de regulação que dessem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização na área da saúde. Promulgadas a Lei Orgânica n. 8.080/90 e Complementar n. 8.142/90 de Saúde, foram editadas pelo Ministério da Saúde sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs), que constituíam instrumentos fundamentais para a concretização das diretrizes de descentralização, ao definir os vários aspectos operacionais, de arenas decisórias a fluxos de financiamento e estruturação do modelo de atenção, ampliando pontos de veto a possíveis ataques ao SUS ao incorporar novos atores no processo decisório (GOULART, 2001; LEVICOVITZ, 2001).

Nesse sentido, as NOBs contribuíram para o surgimento de uma estrutura institucional que reservou à burocracia estatal certo controle sobre as principais decisões da saúde, com um peso elevado do gestor federal, das comissões intergestores e das associações de secretários municipais e estaduais de saúde (MENICUCCI et al 1999). Segundo Paim (2007), as negociações que resultaram na Lei Orgânica da Saúde e demais normativas para a implementação do sistema não decorreram de uma ampla participação social, mas, sim, de um maior protagonismo dos órgãos de representação dos gestores estaduais e municipais CONASS e CONASEMS, devido ao fato de que, neste momento, observa-se uma retração dos movimentos sociais, sobretudo, o sanitário.

Essa retração do movimento sanitário após a reforma da saúde pode ser explicada pela mudança de papel comumente vivenciada pelos movimentos sociais após a abertura democrática, de uma posição de confronto e negação institucional a uma postura de interlocução com o aparato estatal. Sobre esse ponto vale ressaltar que, após a consolidação do SUS, praticamente todos os mecanismos de participação social passaram a compor o desenho institucional do Estado. Além disso, uma situação particular da política de saúde refere-se à presença significativa de representantes do movimento sanitário em cargos estratégicos do Estado, nos três níveis de governo que, de alguma forma, transitam do lugar do confronto para o de gestores da nova estrutura da saúde.

Sobre essa discussão, Cardoso (1988, 1994) chama a atenção para duas formas distintas de atuação dos movimentos sociais no processo de transição para o regime democrática: uma primeira corresponde à fase *heróica* desses atores que vai dos anos 1970 até 1980. Nesse momento, o que chama a atenção é o *espontaneísmo* dos movimentos e seu discurso de autonomia frente ao Estado e aos partidos. Na segunda fase, marcada pelo

processo de redemocratização e pela abertura de canais de interlocução até então bloqueados, assiste-se ao estabelecimento de um diálogo entre os movimentos sociais e as agências do Estado (FARIA, 2005).

Ainda no sentido de analisar essa mudança de papel dos movimentos sociais, o conceito de *empreendedorismo institucional* de DiMaggio (1988), pautado na relação entre agência e instituição, apresenta uma possibilidade analítica para compreender a transição entre o padrão de negação institucional do movimento sanitário explicitado na relação Estado versus sociedade, para um padrão mais dialógico. O pressuposto basilar é o de que toda mudança institucional, tal como ocorreu no processo de transição democrática e de forma específica, no setor da saúde, sucede concomitantemente ao processo de instabilidade organizacional e à emergência de uma nova estrutura institucional. Isso significa que a mudança institucional é deflagrada pela ação social de atores que se mobilizam de dentro do campo organizacional e que dispõem de criatividade, inovação e poder para romper com práticas e hábitos tradicionais. Essa transformação apresenta um formato cíclico no qual, após a destruição de práticas tradicionais, novos modelos alternativos são construídos, permitindo assim, o cumprimento de tarefas organizacionais. Esse modelo denominado dinâmica de interesses e institucionalização demonstra que se, por um lado, os empreendedores, que podem ser transportados ao papel exercido pelos movimentos sociais, destroem instituições existentes, simultaneamente criam a necessidade da reincorporação dos processos de adaptação devido ao ambiente de incerteza instalado. Assim, os executores atuam no restabelecimento da estabilidade institucional que servirá de base para as novas estratégias de agência dos empreendedores (DiMAGGIO apud BECKERT, 1999). Interessante nessa abordagem é que a adaptação por meio da institucionalização de novos hábitos e rotinas não diz respeito à ausência completa de mudança. Argumento sustentado pelo pressuposto de que a ação não pode ser entendida como uma simples execução de modelos preexistentes, mas sim, desenvolvida na dualidade entre agência e estrutura e, portanto, abertas à reflexividade e intencionalidade. Essa possibilidade de compreensão da rotina institucional parcialmente impactada pelo ambiente, como resultante de uma interação social entre estrutura e agência, tangencia de alguma forma com o modelo de autonomia inserida de Evans (2004) em relação ao seu argumento de que a eficiência do Estado depende do equilíbrio entre insulamento burocrático e imersão social.

Sendo assim, o ponto de partida da presente análise é considerar a burocracia sanitária como expressão específica da estrutura do Estado brasileiro, mas especificamente, como ator social agregado e complexo, exposto a demandas e interesses amiúde incompatíveis, mas

dotado de recursos, graus de autonomia e capacidade de articulação com a sociedade civil. A escolha do ano de 1990 como marco inicial se deve ao fato de que foi nesse ano que se deu o primeiro esforço consistente de regulamentar o SUS por meio das Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90, que compõem a LOS.

Assim, a passagem da fase de definição dos objetivos da reforma para a etapa de implementação implicou um deslocamento da principal arena decisória: do Parlamento para o Executivo, transferindo poder decisório para as burocracias deste último. A burocracia federal, por determinações legais, assume o papel de coordenar, planejar e formular a política pública de saúde, o que torna relevante a compreensão de como o Estado se organizou para a implementação da reforma no sistema nacional brasileiro, no contexto do Estado democrático. Sobre esse ponto, há de se destacar como o Ministério da Saúde, na condição de formulador e coordenador da política pública de saúde, se estruturou internamente para conduzir o Sistema Único de Saúde, bem como se relacionou com as novas forças societárias que emergem e se institucionalizam como partícipes na condução da política de saúde.

Após essa breve construção histórica da política de saúde, é possível compreender que o Ministério da Saúde, órgão atualmente responsável pela política do setor, durante mais de três décadas, esteve relegado no âmbito do Estado, a uma posição de pouco poder político e financeiro. Nesse período, as atribuições do Ministério da Saúde restringiam-se à saúde coletiva, sem exercer praticamente nenhuma influência sobre as definições da assistência médica individual que, naquele momento, se mantinha sob a responsabilidade do Ministério da Previdência Social. Essa condição do Ministério da Saúde altera-se completamente, apesar de todos os impasses de resistência, após a constituição de 1988, quando passa a ser legalmente o órgão gestor da política de saúde brasileira.

Tendo em vista esse marco histórico, na seção seguinte, pretende-se analisar o Ministério da Saúde, na sua competência de órgão gestor do sistema único de saúde, chamando a atenção para as mudanças de atribuições delegadas ao órgão e da sua estrutura organizacional, bem como da composição do quadro administrativo, destacando as formas de recrutamento e promoção interna dos servidores que atuam na sede do Ministério.

Posteriormente, buscou-se qualificar a relação que se estabelece entre a burocracia do Ministério da Saúde com os mecanismos de participação instituídos após a constituição de 1988. Essa perspectiva de análise permitirá compreender como a reforma sanitária foi sendo interpretada e viabilizada pelo aparelho do Estado no âmbito da sua estrutura burocrática federal.

#### **4 MORFOLOGIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: ATRIBUIÇÕES; ESTRUTURA ORGANIZACIONAL; COMPOSIÇÃO DOS CARGOS ADMINISTRATIVOS**

Até a década de 1990, o sistema de saúde era estruturado a partir de dois órgãos gestores em nível federal: o INAMPS e o MS. Atuavam, respectivamente, na assistência médica individual e na saúde coletiva. Na década de 1970, verifica-se um primeiro esforço no sentido de integrar as políticas de saúde, atribuindo ao Ministério da Saúde a coordenação da Política Nacional de Saúde. No entanto, essa atribuição se restringiu apenas ao âmbito legal, visto que não houve incentivo orçamentário nem espaço político que viabilizassem a integração do sistema de saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Destarte, a atuação do MS se manteve restrita às ações de saúde coletiva até a década de 1990.

A lei n. 6.229, de 1975 que versa sobre o Plano Nacional de Saúde só foi revogada, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, após a aprovação da reforma do sistema de saúde, em direção à universalidade do acesso à saúde. Desde então, a direção do sistema único de saúde no âmbito da União passa a ser exercido pelo Ministério da Saúde. Vale ressaltar que, em cada esfera de governo, o SUS dispõe de uma direção única, no caso dos estados, a Secretaria Estadual de Saúde e, no âmbito do município, a Secretaria Municipal de Saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde representa o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração das políticas de saúde, no qual se integram as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros, por meio de uma atuação integrada com órgãos federais, unidades da Federação, municípios, iniciativa privada e a sociedade.

Após a atribuição constitucional que oficializa o Ministério da Saúde como órgão gestor do Sistema Único de Saúde, bem como responsável por estabelecer condições para aplicação dos dispositivos contidos na Lei Orgânica de Saúde, as mudanças, tanto das atribuições quanto da adequação da estrutura organizacional para a implementação do novo sistema de saúde, sucedem de forma paulatina. O quadro 1, elaborado a partir dos Decretos Leis n. 109/1991; n. 2.477/1998; n. 4.194/2002; n. 4.726/2003; n. 7.336/2010 demonstram as alterações estruturais ocorridas no Ministério da Saúde após a consolidação do sistema único de saúde. E o quadro 2 refere-se às competências atribuídas ao Ministério da Saúde da formação do Ministério da Saúde à sua atuação como órgão gestor do SUS.

Nesta seção busca-se compreender como o Ministério da Saúde foi se estruturando a partir de três aspectos organizacionais: as competências legais dirigidas ao órgão no período

de 1990 a 2010, as mudanças das estruturas organizacionais do Ministério e, por fim, a composição dos seus quadros administrativos, chamando a atenção para o perfil dos dirigentes do alto escalão da burocracia, especialmente dos que ocuparam os cargos de secretário executivo e de assistência à saúde.

**Quadro 1 Estrutura organizacional do Ministério da Saúde ( continua)**

Governo	Órgão Gestor	Órgãos de Assistência Direta ao Ministro	Órgãos Setoriais	Órgãos Específicos	Unidades Descentralizadas	Órgão Colegiado	Fundações Públicas	Sociedade de Economia Mista	Autarquias	Empresa Pública
Fernando Collor de Mello -1991	MS	Gabinete	Consultoria jurídica e a secretaria de administração	Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (depto técnico normativo e depto técnico operacional) Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (depto programas de saúde; depto de sistematização e normas; depto do SUS; Instituto Nacional do Câncer)	Superintendências regionais de saúde	CNS	Fund. Oswaldo Cruz; Fundação Nacional de Saúde; Fund. Das Pioneiras Sociais	Hospital Nossa Senhora da Conceição AS; Hosp. Cristo Redentor; Hosp. Fêmina AS	Instituto nacional de alimentação e nutrição; Instituto nacional da Assistência médica da previdência social-INAMPS	
Itamar Franco -1993	MS	Gabinete	Consultoria jurídica	Secretaria de Administração Geral; Secretaria de Controle Interno; Secretaria de Vigilância Sanitária; Secretaria de Assistência à Saúde (coord. Comunicação usuário; dept. assistência promoção a saúde; depto de normas técnicas; depto de desenvolvimento controle e avaliação serviços de saúde; instituto nacional do câncer; gerencia de projetos de saúde)		CNS			Instituto nacional da Assistência médica da previdência social-INAMPS (mantendo sua estrutura org. conforme decreto 809)	
Fernando Henrique Cardoso - 1998	MS	Gabinete Secretaria executiva com: duas subsecretarias (de assuntos administrativos e planejamento e orçamento) e dois departamentos (Datasus e controle, avaliação e auditoria)	Consultoria jurídica	Secretaria de Assistência à Saúde ( departamento de assistência e serviços de saúde; depto de análise da produção de serviços de saúde; depto de saúde suplementar e Instituto Nacional do Câncer); Secretaria de Vigilância Sanitária com três deptos); Secretaria de Políticas de Saúde( depto de formulação de políticas de saúde; depto de avaliação de políticas de saúde; depto de gestão de políticas estratégicas)	Gerencias Estaduais	CNS	Fundação Oswaldo Cruz e Fundação Nacional de Saúde-FUNASA	Hospital Nossa Senhora da Conceição AS; Hosp. Cristo Redentor; Hosp. Fêmina AS	X	



Governo	Órgão Gestor	Órgãos de Assistência Direta ao Ministro	Órgãos Setoriais	Órgãos Específicos	Unidades Descentralizadas	Órgão Colegiado	Fundações Públicas	Sociedade de Economia Mista	Autarquias	Empresa Pública
FHC -2002	MS	Gabinete: Secretaira executiva com seis órgãos vinculados: mantêm-se as duas subsecretarias e o depto DATASUS; Criam-se diretoria executiva do Fundo Nacional de Saúde, os núcleos estaduais e o depto de programas estratégicos em saúde; Cria-se o Departamento Nacional de Auditoria e a Consultoria Jurídica	Passa a ser vinculada diretamente ao Ministro	Mantêm as secretarias de Assistência à Saúde , mas substituem-se quase todos os deptos. Na Secretaria de Assistência à Saúde criam-se os depto de sistemas e redes assistenciais; depto de descentralização da gestão da assistencia; depto de controle e avaliação de sistemas; mantem o instituto nacional do câncer); Secretaria de Políticas de Saúde ( depto de atenção básica; depto de ações programáticas e estratégicas e depto de ciência e tecnologia em saúde) .e cria a Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde; e o Pró-Saúde ( centro nacional de promoção da qualidade e proteção aos usuários do SUS)		CNS	Fundação Oswaldo Cruz e Fundação Nacional de Saúde-FUNASA	C Hospital Nossa Senhora da Conceição AS; Hosp. Cristo Redentor; Hosp. Fêmina SA	ANVISA e ANS	
Luis Inácio Lula da Silva - 2003	MS	Gabinete; Secretaria Executiva: seis órgãos vinculados, mantendo praticamente inalterada a estrutura de vinculação direta ao Ministro. Somente substitui o depto de programas estratégicos em saúde para o depto de apoio à descentralização		Criam-se duas novas secretarias e fazem-se as seguintes alterações: Altera o nome da Secretaria de Assistência à Saúde para Secretaria de Atenção à Saúde. Insere a atenção básica junto à atenção especializada no mesmo órgão. Criam-se os deptos de ações estratégicas e de regulação , avaliação e controle. Extingue-se a secretaria de políticas de saúde e cria-se a secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde;secretaria de ciência, tecnologias e insumos; Secretaria de gestão participativa; secretaria de vigilância em saúde		CNS e Conselho de Saúde Suplementar	Fundação Oswaldo Cruz e Fundação Nacional de Saúde-FUNASA	Hospital Nossa Senhora da Conceição AS; Hosp. Cristo Redentor; Hosp. Fêmina AS	ANVISA; Agencia Nacional de Saúde Suplementar	

Governo	Órgão Gestor	Órgãos de Assistência Direta ao Ministro	Órgãos Setoriais	Órgãos Específicos	Unidades Descentralizadas	Órgão Colegiado	Fundações Públicas	Sociedade de Economia Mista	Autarquias	Empresa Pública
Lula -2010	MS	Nove órgãos vinculados à secretaria executiva: criam-se o depto de logística e depto de economia da saúde		<p>Cria-se a secretaria especial de saúde indígena, mantém as outras cinco secretarias mas alteram-se alguns órgãos vinculados a elas.</p> <p>A secretaria de atenção à saúde passa a ter nove órgãos vinculados. Criam-se o depto de gestão hospitalar no estado do RJ; Depto de certificação de entidades beneficentes de assistência social em saúde; Instituto Nacional de Cardiologia e Traumatologia e Ortopedia;</p> <p>Secretaria de ciência e tecnologia ( o depto de economia é transferido para vínculo direto com o ministro e cria-se o depto do complexo industrial e inovação em saúde;</p> <p>Na secretaria de gestão estratégica e participativa exclui-se o depto de articulação e acompanhamento da reforma sanitária e cria-se o depto de apoio à gestão participativa; depto de monitoramento e avaliação da gestão do SUS; e depto nacional de auditoria do SUS; Secretaria de vigilância cria-se o depto de apoio a gestão da vigilância em saúde; e o depto de vigilância, prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis; e o depto de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador</p>		CNS e Conselho de Saúde Suplementar	Fundação Oswaldo Cruz e Fundação Nacional de Saúde-FUNASA	Hospital Nossa Senhora da Conceição AS; Hosp. Cristo Redentor; Hosp. Fêmina AS	ANVISA; Agencia Nacional de Saúde Suplementar	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia

Fonte - Elaborado pela autora da tese a partir dos Decretos Lei: n. 109/1991; n. 2.477/1998; n. 4.194/2002; n. 4.726/2003; n. 7.336/2010.

## Quadro 2 Competências atribuídas ao Ministério da Saúde desde a sua formação a atuação como órgão gestor do SUS

LEGISLAÇÃO/GOVERNO	ÓRGÃO GESTOR	COMPETENCIAS DO ORGÃO
Decreto-Lei n. 109/91 Governo Collor	MS	- Política Nacional de Saúde - Atividades médicas e paramédicas - Ação preventiva na área da saúde, vigilância sanitária nas fronteiras, nos portos e aeroportos - Controle de drogas, medicamentos e alimentos - Pesquisas médico-sanitárias - Direção Nacional do SUS conforme Lei n. 8.080/1990
Decreto-Lei n. 2.477/1998 Governo FHC	MS	- Política Nacional de Saúde - Coordenação e fiscalização do SUS - Saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive dos trabalhadores e dos índios - Informações de saúde - Insumos críticos para saúde - Ações preventivas em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e portos marítimos fluviais e aéreos - Vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos - Pesquisa científica e tecnologia na área de saúde
Decreto-Lei n. 4.194/2002 Governo FHC	MS	- Política Nacional de Saúde - Coordenação e fiscalização do SUS - Saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive dos trabalhadores e dos índios - Informações de saúde - Insumos críticos para saúde - Ações preventivas em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e portos marítimos fluviais e aéreos - Vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos - Pesquisa científica e tecnologia na área de saúde
Decreto Lei n. 726/2003; Decreto Lei n. 7.336/2010 Governo Lula	MS	- Política Nacional de Saúde - Coordenação e fiscalização do SUS - Saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive dos trabalhadores e dos índios - Informações de saúde - Insumos críticos para saúde - Ações preventivas em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e portos marítimos fluviais e aéreos - Vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos - Pesquisa científica e tecnologia na área de saúde

**Fonte-** Elaborado pela autora da tese.

No que tange às competências do Ministério da Saúde, o decreto, sancionado em 1991, retoma, sem nenhuma alteração de redação, as atribuições mencionadas em 1974. As atribuições dirigidas ao MS pelo Decreto n. 109/91 apontam separadamente a política nacional de saúde, as atividades médicas e paramédicas e a direção nacional do SUS, exprimindo a fragmentação da política nacional de saúde nos primeiros anos de operacionalização do sistema único de saúde. Essa visão ainda fragmentada sobre as competências do gestor nacional do SUS é reproduzida na estrutura organizacional do Ministério nos primeiros anos de implementação do sistema.

Em 1991, no governo Collor, após serem sancionadas as leis que garantiam ao Ministério da Saúde a direção do SUS, alguns pontos de resistência são visíveis na forma com a qual ocorreram transformações da estrutura organizacional do Ministério. Um primeiro e, talvez, o mais relevante, diz respeito à preservação da estrutura do INAMPS, junto ao Ministério e, sobretudo, de sua função de normatização, fiscalização e financiamento da

assistência médica individual. Isso significa que, embora tenham ocorrido mudanças legais e administrativas que atribuíam ao MS toda a responsabilidade pelo sistema único de saúde, até 1993, as decisões e coordenação do sistema permaneceram centralizadas no INAMPS. Mesmo diante dessas medidas pouco inovadoras, vale, porém, destacar algumas mudanças que apontavam para a reorientação do MS como gestor do sistema. Nesse período, cria-se a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) cujo secretário acumula a presidência do INAMPS e assume progressivamente maiores responsabilidades na coordenação nacional de políticas de assistência à saúde. No entanto, a existência de um departamento do SUS dentro dessa secretaria denotou uma visão ainda fragmentada do sistema, ao tratá-lo apenas como parte da política de saúde (MACHADO, 2007). Outra mudança organizacional do MS consistiu na criação da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, por meio da incorporação da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP) e Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM).

Outro ponto a se destacar é a presença do Conselho Nacional de Saúde como órgão vinculado ao Ministério que, a partir da constituição, passa a ser de natureza permanente e deliberativa. A origem do conselho nacional de saúde remonta ao final da década de 1930, porém seu caráter consultivo e de composição restrita somente é alterado após a carta de 1988, no contexto de democratização e reforma sanitária.

A estrutura ainda conservadora do Ministério da Saúde nos primeiros anos do governo Collor repercute na forma de condução do processo de regulamentação e normatização do sistema de saúde, que apresentou, de uma maneira geral, um efeito de retrocesso no setor, diante dos avanços constitucionais já alcançados.

Em 1993, no governo Itamar, as atribuições do Ministério da Saúde permanecem orientadas pelo último decreto sancionado em 1991, que só foi revogado em 1998 pelo Decreto Lei n. 2.477. Neste período, porém, o grande marco no que concerne à estrutura federal adveio com a extinção do INAMPS que reafirma a integração do sistema sob a responsabilidade de um único órgão gestor. Nesse momento, a secretaria de assistência à saúde assume a política de assistência nacional à saúde com a incorporação de cargos e funções do INAMPS a essa secretaria.

Adicionalmente, a transferência das dotações orçamentárias do INAMPS marca o início do funcionamento do Fundo Nacional de Saúde (FNS), órgão vinculado à secretaria executiva, que passa a atuar como gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do SUS.

Outra importante mudança diz respeito à criação do sistema nacional de auditoria, como resposta às pressões do grupo de auditores do INAMPS para preservar poder sobre as atividades de auditoria do sistema (MACHADO, 2007).

Torna-se interessante ressaltar que as competências atribuídas ao Ministério da Saúde na década de 1970 são idênticas àquelas que passariam a orientar o órgão no período de 1991 a 1997. A política nacional de saúde permanece como uma atribuição do Ministério da Saúde, porém a concepção de sistema único de saúde parece ainda não ter sido integrada de fato às ações de assistência e saúde coletiva. Conforme demonstra o quadro, a fragmentação histórica do sistema de saúde parece ser reproduzida agora no âmbito do Ministério da Saúde, quando este mantém como atribuições distintas, a política nacional de saúde, as atividades médicas e paramédicas e a ação preventiva.

Em meados dos anos 1990, a reforma da saúde orientada pelas proposições do SUS aporta em um quadro de reforma do Estado, denominada reforma gerencial, que teve início em 1995, no governo FHC, a partir da criação do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), e com a aprovação do plano diretor da reforma do aparelho de Estado (BRESSER, 2008).

A competição administrada, como sugere a proposta do MARE para a saúde, combina um *mix* de mercado com o mínimo de regulação do Estado, que poderá se dar de diversas formas, entre elas, via definição de clientela, protocolos de atendimento e outros instrumentos em geral, limitantes de direitos, podendo, inclusive, tentar inserir o copagamento de procedimentos (BRESSER, 1996)<sup>24</sup>

No entanto, não havia concordância do conjunto da equipe do Ministério em relação à grande parte das propostas apresentadas pelo ministro Bresser. O que se verifica são algumas mudanças na estrutura do ministério da saúde, tais como a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAM) e a desativação da Central de Medicamentos (CEME),

---

<sup>24</sup> No que se refere especificamente ao setor da saúde, em outubro de 1995, o ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, apresenta a proposta de Reforma Administrativa do Sistema de Saúde do Brasil, a partir de cinco argumentos basilares. Primeiro, pressupõe-se que a descentralização, divisão de responsabilidades, entre o Estado e demais formas de propriedade, permite um controle muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados localmente. Segundo, que a descentralização acompanhada de controle social por parte da comunidade atendida pelo serviço torna-se duplamente efetiva. Terceiro, que a separação clara entre a demanda e a oferta de serviços permite, entre os fornecedores dos serviços médico-hospitalares, o surgimento de um mecanismo de competição administrada altamente saudável. Quarto, que o sistema de encaminhamento via postos de saúde e clínicos gerais evitará uma grande quantidade de internações hospitalares inúteis. Quinto, que, a partir da efetiva responsabilização dos prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde, a auditoria realizada pelo Ministério da Saúde nos hospitais passará a ter caráter complementar à auditoria permanente realizada em nível municipal, em que de resto, há muito mais fiscalização e participação comunitária (BRESSER, 1997).

visando à redução das estruturas federais e descentralização das ações de saúde, decisões apoiadas pelo MARE. Criam-se, nesse momento, duas novas secretarias: a de políticas de saúde e de avaliação e a secretaria de projetos especiais de saúde. De 1998 a 2000, as estratégias de saúde da família e agentes comunitários de saúde estiveram sob a responsabilidade da SAS. Todavia, em 2000, ao ganhar status de departamento de atenção básica, este passa a se vincular à secretaria de políticas de saúde. Também, nesse ano, a condução da descentralização é transferida da SPS para a SAS, com o status de departamento de descentralização da gestão da assistência. De acordo com Machado (2007), permanece nesse período certa fragmentação da condução das políticas nacionais de saúde, potencializada pela divisão de responsabilidades entre a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS). Outro fato relevante em relação à estrutura do Ministério da Saúde diz respeito à criação da secretaria de gestão de investimentos em saúde, a princípio com a função de captar recursos e coordenar projetos em parceria com organismos internacionais.

Em 2002, ainda no governo FHC, outras mudanças estruturais demonstraram certa distribuição de poder entre a secretaria executiva, que tem a sua estrutura ampliada em novas quatro subsecretarias, dentre elas, a diretoria do fundo nacional de saúde e o departamento de auditoria, e a secretaria de assistência à saúde, que permanece responsável pela assistência médica e pelo departamento de descentralização da gestão assistencial.

A criação das agências reguladoras Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), na condição de autarquias, marca também a repercussão do processo mais amplo de reforma do estado na saúde, embora essas entidades tenham assumido relações distintas com o Ministério da Saúde. Enquanto a ANVISA conta com uma atuação mais direta do estado na regulação e fiscalização do órgão, constando na própria lei um papel mais definido do Ministério da Saúde na formulação e direcionamento da política nacional, por outro lado, a (ANS), desde sua criação legal, atua de forma mais autônoma na condução das estratégias de regulação da saúde suplementar (MACHADO, 2007).

As mudanças da estrutura organizacional do Ministério da Saúde nos oferecem elementos para compreender que as secretarias executivas e de assistência à saúde desde a transição passaram a dispor de maior poder político e decisório no âmbito do Ministério.

Quanto às atribuições do Ministério da Saúde, nesse período, a extinção das atividades médicas e paramédicas e da direção nacional do SUS, que haviam sido definidas ainda no decreto de 1974, e sua substituição pela atribuição de fiscalizar e coordenar o SUS demonstra,

de alguma forma, a junção das atividades médicas na concepção mais integrada da política nacional de saúde, embora a estrutura organizacional ainda reproduza a fragmentação entre a secretaria de assistência à saúde e a secretaria de política de saúde.

No governo Lula, as competências do Ministério da Saúde permanecem inalteradas, referenciadas no decreto de 1998, o que demonstra, de certa forma, a manutenção de uma mesma concepção sobre as atribuições gerais do Ministério da Saúde na condução do sistema de saúde no País.

Nesse momento, parece haver uma tentativa de reduzir a fragmentação do setor no âmbito do Ministério. Altera-se o nome da secretaria de assistência à saúde para Secretaria de Atenção à Saúde e insere no mesmo órgão a atenção básica de saúde e atenção especializada. Extingue-se, portanto, a secretaria de políticas de saúde e criam-se duas novas secretarias: a secretaria de gestão participativa e a secretaria de vigilância em saúde.

A secretaria executiva mantém-se praticamente inalterada quanto à sua estrutura, embora tenha assumido a responsabilidade sobre o processo de descentralização da gestão do SUS, anteriormente vinculado à SAS.

No segundo mandato do governo Lula, mais algumas mudanças ocorrem, tais como a inserção de mais dois departamentos na secretaria executiva: o de logística e de economia da saúde. A criação da secretaria especial de saúde indígena e a ampliação da secretaria de atenção à saúde com a inserção de mais três departamentos: gestão hospitalar no estado do RJ, departamento de certificação de entidades beneficentes de assistência social em saúde e o instituto nacional de cardiologia, traumatologia e ortopedia.

Atualmente, o Ministério da Saúde está organizado com a seguinte estrutura: em relação à subordinação direta ao ministério da saúde, tem-se o conselho nacional de saúde e o conselho de saúde suplementar como órgãos colegiados; o gabinete do ministro e a consultoria jurídica; a secretaria executiva do CNS e a secretaria executiva do MS, sendo esta última composta por nove órgãos distintos, o que demonstra a robustez da sua estrutura. Adicionalmente encontram-se as seis secretarias, sendo a maior delas, a secretaria de atenção à saúde na qual se integram nove órgãos, dentre eles, o departamento de atenção básica e de atenção especializada; a secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde; a secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos; a secretaria de gestão estratégica participativa, a secretaria de vigilância em saúde e, finalmente, a recém-criada secretaria especial de saúde indígena. Os órgãos que integram a administração indireta do Ministério são representados por duas autarquias: a ANVISA e ANS; duas Fundações Públicas: a FUNASA e a FIOCRUZ; uma empresa pública: a HEMOBRAS e três hospitais como sociedades de economia mista.

Essa descrição detalhada sobre a expansão da estrutura do Ministério da Saúde durante o processo de consolidação do sistema único de saúde, especialmente dos órgãos da administração direta, é relevante para compreender a formação do quadro administrativo do Ministério, devido ao fato de que essa ampliação estrutural não foi acompanhada de um correspondente processo seletivo de recrutamento de servidores para compor esses novos cargos que se constituíam. Isso significa que grande parte da burocracia do Ministério da Saúde, responsável pela formulação e coordenação do sistema único de saúde, foi composta por profissionais em vínculos instáveis de trabalho com o Estado.

#### **4.1 Composição dos cargos e funções do Ministério da Saúde**

Uma discussão abordada por Weber e reativada atualmente indaga sobre as possíveis formas de a burocracia se modernizar na democracia. Sobre esse aspecto, parte-se do pressuposto weberiano de que a democracia não significa uma possibilidade de transformação de orientação instrumental para uma orientação valorativa do Estado, ou seja, não minimiza de forma significativa o poder de dominação técnica e impessoal da burocracia estatal.

No entanto, o grande desafio contemporâneo imposto ao Estado e, conseqüentemente, ao modelo de organização burocrática diz respeito aos novos desenhos institucionais advindos com o processo de democratização que necessitam de uma readaptação do Estado no sentido de construir um modelo de dominação racional-legal que se legitime por meio de um equilíbrio entre insulamento e inserção social.

Sobre esse ponto, Evans (1995) traz uma importante contribuição ao destacar que a eficiência da burocracia depende, além do grau de burocratização decorrente da seleção meritocrática, da relação que se estabelece entre a burocracia com redes externas que conectam o estado à sociedade civil por meio de uma *teia administrativa*. Esta teia implica um grupo concreto de conexões que articula o Estado a grupos sociais e instituições híbridas, com os quais o estado compartilha projetos e transformações. Um exemplo destes arranjos são os conselhos deliberativos, bem como organizações intermediárias (associações) e redes de programas informais, nas quais ocorre a maior parte da formação de consenso.

Todavia, não é incomum constatar que esses desafios trazidos para a burocracia no contexto democrático deparam com o *imperativo* em tornar a administração pública um instrumento de governabilidade, loteando áreas e cargos em busca do apoio político



necessário à superação das dificuldades da instabilidade política da transição (MARTINS, 1997). Outro aspecto diz respeito ao fato de o parlamento se transformar em mero mercado e de a burocracia ver-se diante de maior oportunidade para ampliar o sistema de ajuda política mútua pela concessão de cargos e contratos, impedindo, assim, a constituição de uma burocracia de natureza meritocrática (WEBER, 1985).

Isso significa que, nesse período de redemocratização, constata-se que o insulamento burocrático é ameaçado pela organização político-corporativa, baseada em alianças político-partidárias perfeitamente encaixadas na prática fisiológica em busca de recursos e influência sobre a administração pública. Em síntese, verifica-se um risco de a burocracia se constituir, por um lado, em um padrão de regulação política essencialmente fisiológica e clientelista e, por outro, o padrão de inserção essencialmente corporativo auto-orientado (MARTINS, 1997).

Antes de descrever a burocracia da saúde é fundamental localizá-la nesse contexto mais amplo da constituição da administração pública brasileira. O vínculo jurídico que liga os servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais com a administração pública federal é denominado Regime Estatutário Federal. Este regime de trabalho assenta-se em dois instrumentos: o concurso público de ingresso e a organização dos funcionários em carreira. No caso brasileiro, ao quadro administrativo federal sempre foi admitida a entrada de cargos de não servidores nos postos de direção por meio de cargos em comissão (PACHECO, 2010).

Do ponto de vista da definição jurídica, cargo é a primeira e mais simples unidade de uma estrutura organizacional. Ele é estabelecido por meio de projeto oriundo do Executivo, mas sua aprovação final é função do Legislativo desde a Constituição Federal de 1988. Há três tipos de cargos na administração pública brasileira: cargo efetivo, cargo em comissão e cargo vitalício (BANDEIRA DE MELLO, *apud* ABRÚCIO, 1993). O acesso ao primeiro deles é por meio de concurso público, ou seja, meritocrático. Os cargos em comissão ocupam o patamar mais alto da hierarquia burocrática brasileira, sendo denominados Direção de Assessoramento Superiores (DAS) que se agrupam em ordem crescente de hierarquia, de DAS-1 a DAS-6. O acesso aos cargos comissionados se dá por meio de nomeação a partir do critério de confiança.

Não é exagero afirmar que a administração pública brasileira foi constituída a partir de cargos e, não de carreiras e, por conseguinte, apresenta, de antemão, um grau menor de burocratização, segundo a concepção weberiana. O preenchimento dos cargos da alta burocracia no sistema presidencialista brasileiro funciona basicamente por meio de

nomeações políticas, sendo que a maioria do alto escalão é composta por cargos comissionados. Isso significa dizer que, além do ministro e seus assessores mais imediatos, o acesso ao alto escalão também depende diretamente de critérios políticos.

Em geral, as carreiras públicas presentes na Administração Pública Federal brasileira limitam-se a apenas um cargo, o qual apresenta uma estruturação vertical. Ao passo que em outras administrações públicas, sobretudo as europeias, o avanço vertical ocorre em torno de mais de um cargo. Nesse sentido, a administração pública brasileira está mais próxima do modelo americano, em que o cargo e, não, a carreira, estrutura o avanço profissional (LOUREIRO, 1998). De modo geral, a definição de uma carreira envolve a delimitação de uma série de cargos e funções hierarquicamente estabelecidos e critérios explícitos para ingresso, promoção, avaliação de desempenho, níveis salariais etc (LOUREIRO, 1998).

Há, portanto, uma separação mais nítida entre cargo e carreira no presidencialismo, de forma ainda mais destacada no caso brasileiro. Isso dá maior flexibilidade para o chefe do governo a fim de montar uma equipe mais afinada com as orientações que ele quer imprimir às suas políticas. É bom lembrar que essa flexibilidade tem como lado negativo a menor estabilidade das políticas públicas ao longo do tempo.

Segundo Pacheco (2010), o Brasil enfrenta um desafio duplo na sua administração pública: o primeiro refere-se à construção de uma burocracia nos moldes weberianos que permaneceu inconclusa desde a primeira tentativa de modernização do Estado no regime de Vargas e, um segundo dotá-la de profissionalismo<sup>25</sup> relativo à competência, compromissos com resultados e desempenho.

Martins (1997) levanta um questionamento acerca das reais possibilidades para se equacionar os requisitos de regulação política e inserção social no atual contexto da governança brasileira. Ainda, segundo o autor, responder a elas é algo complexo e requer considerações em casos específicos, orientação e o arcabouço de um contexto de modernização da burocracia verificado na prática.

Nesse sentido, pretende-se, com este estudo, compreender empiricamente, a partir do arcabouço teórico da teoria sociológica institucional, a relação estabelecida entre o Ministério da Saúde e os canais de participação na condução da política de saúde que, segundo Evans

---

<sup>25</sup> Sobre discussão acerca do profissionalismo da burocracia ver (LOUREIRO, et al., 2010) Burocracia e política no Brasil. Vale ressaltar que esta discussão começa a ser feita dentro do próprio Ministério muito recentemente. A partir do Decreto n. 7.133, de 19 de março de 2010, ficam instituídos regulamentos e critérios para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento das gratificações de desempenho dos servidores efetivos de níveis superior e intermediário e auxiliar do Plano Geral de Cargos do Poder executivo e dos titulares da carreira da Previdência, da Saúde e do Trabalho, sendo as duas principais carreiras da Sede do Ministério da Saúde.

(2004), deve ser compreendida a partir da estrutura interna do ministério e suas conexões com o ambiente circundante.

Diante desse cenário da administração pública brasileira, no qual a política de saúde foi consolidada, nesta seção, qualificou-se a burocracia do Ministério da Saúde, sob a perspectiva do quadro de cargos e funções ocupadas pelos servidores, forma de inserção no quadro administrativo federal da saúde, nível de escolaridade dos servidores e, finalmente, o perfil dos dirigentes do alto escalão da saúde. Esse quadro descritivo dará elementos empíricos para compreender qual o grau de meritocracia da burocracia do Ministério da Saúde responsável pela formulação do sistema único de saúde no contexto do Estado democrático.

Posteriormente, mapearam-se os órgãos de representatividade no âmbito da saúde que compõem a teia administrativa do setor e, portanto, passaram a exercer um papel de interlocução entre as demandas societárias e a burocracia da saúde. Dentre esses chamou-se a atenção para o CNS, as conferências, os órgãos colegiados CONASS e CONASEMS, a CIT e as entidades vinculadas à academia, especialmente a CEBES e a ABRASCO.

Respaldado no argumento analítico de Evans (1995), de que a burocracia se torna mais eficiente quando sensível às demandas societárias, sem, no entanto, desconsiderar a relevância meritocrática para uma atuação profissional e competente, primeiramente descreveu-se a configuração da burocracia do Ministério da Saúde quanto a seu grau de profissionalização e insulamento.

#### **4.2 Série histórica do quantitativo dos funcionários públicos lotados no Ministério da Saúde**

Após 24 anos sem a realização de concursos públicos para o Ministério da Saúde, não é difícil compreender o fato de que, até 2005, apenas 1/3 do quadro administrativo da sede do Ministério era composto por servidores de carreira. A maioria dos funcionários era vinculada por meio de contratos temporários ou terceirizados.

No processo de transição para o sistema único de saúde, iniciado em 1991, a composição do quadro administrativo do Ministério da Saúde passou por várias alterações decorrentes da extinção de órgãos e deslocamento dos quadros de funcionários das antigas estruturas do setor para o Ministério da Saúde, conforme demonstrado no quadro anterior. No início da década de 1980, a força de trabalho do Ministério da Saúde estava em torno de 20 mil funcionários. Nesse momento, ao MS cabia apenas a responsabilidade sobre a saúde

coletiva. A primeira mudança nesse quadro adveio com a extinção da Fundação das Pioneiras Sociais<sup>26</sup>, e a transferência de todo o quadro de pessoal para o MS.

Todavia, a grande transformação do quadro administrativo do Ministério da Saúde ocorreu em 1993, com a extinção do INAMPS e o deslocamento de mais de 100 mil funcionários da antiga estrutura para o Ministério da Saúde. Naquele momento, a metáfora da formiga que engolia o elefante retratava de fato a dimensão da integração da saúde coletiva e a assistência médica sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. No primeiro momento, foi necessário que ambas as estruturas se mantivessem coexistindo em paralelo para que, com o tempo, ocorressem os ajustes estruturais para absorver todo aquele quadro de funcionários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

De 1995 a 1997, outras extinções, porém de menor impacto, alteraram o quadro de funcionários do MS, tal como o fim da Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), da Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência (CBIA) e da Central de Medicamento (CEME), entidades integradas ao antigo Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que prestavam serviços de assistência à saúde.

Recentemente, em setembro de 2010, 19 mil servidores da FUNASA<sup>27</sup>, vinculados ao departamento de vigilância sanitária foram integrados ao MS. Também com a criação da secretaria de saúde indígena em 2010, mais 1.800 pessoas da FUNASA foram absorvidas pelo MS (MS, 2011). Além das extinções e incorporações de antigos órgãos anteriormente vinculados ao sistema previdenciários à estrutura do Ministério da Saúde, no período de 1990 a 2010, verifica-se, conforme tabela em anexo, um aumento significativo do número de secretarias e departamentos vinculados à administração direta do ministério. Se, em 1990, o MS dispunha de um gabinete, uma secretaria administrativa e duas secretarias dirigidas às ações assistenciais e de prevenção, em 2010, a estrutura ministerial era composta por uma secretaria executiva bastante robusta, responsável por nove departamentos e, ainda, seis secretarias, sendo que a maior, a de assistência à saúde, se estruturava a partir de nove órgãos diretamente vinculados a ela.

Esse breve histórico demonstra a complexidade e o dinamismo da formação da força de trabalho do Ministério da Saúde, desde a sua atuação como órgão gestor do sistema único

---

<sup>26</sup> Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, entidade sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e de desenvolver atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público.

<sup>27</sup> Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Fundação Pública, de personalidade jurídica própria, vinculada à administração indireta do Ministério da Saúde, é uma das instituições do Governo Federal responsável por promover a inclusão social por meio de ações de saneamento para prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2011)

de saúde, em 1990. Para este estudo, foi traçado o panorama geral da força de trabalho do Ministério da Saúde, chamando a atenção para o quadro da administração direta da sede do Ministério da Saúde, local das definições e formulações da política nacional de saúde. O quadro dos servidores do Ministério da Saúde abrange, além daqueles que atuam na sede, também os que integram os 26 núcleos estaduais; os nove hospitais próprios do MS; dois institutos e um centro de pesquisa (BRASIL, MS, 2011). Devido à ausência de dados disponíveis sobre a composição do quadro de funcionários desde a implantação do SUS, não foi possível traçar uma série histórica sobre a evolução do quadro administrativo do MS, assim, analisar-se-à de forma mais detalhada o quadro administrativo da saúde apenas no período de 2005 a janeiro 2011.

No entanto, o quadro administrativo do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2005 é alterado basicamente por três fatores: desativação ou incorporação no âmbito do Ministério, de órgãos que compunham o antigo sistema de saúde, vinculados a previdência social; criação de secretarias e departamentos no âmbito da administração direta do Ministério da Saúde e, finalmente, o crescente número de servidores que atingem tempo de aposentadoria. Diante desse cenário, associado ao fato de que nesse período não houve a realização de concursos públicos para reposição e preenchimento dos novos cargos do setor, o quadro de pessoal do Ministério da Saúde foi composto, em grande parte, por servidores transferidos do antigo regime previdenciário, e no caso específico da sede, por contratos temporários ou terceirizados. Isso significa que os dados de 2005 refletem o quadro administrativo no qual o sistema único de saúde foi se consolidando. Somente a partir desse período, a seleção por meio de concursos públicos passa a ser adotada, sem provocar, ainda, uma alteração significativa das relações de trabalho no âmbito do Ministério, dado ao quantitativo ainda insuficiente de reposição do quadro administrativo por servidores de carreira.

A tabela 1 demonstra a situação de vínculos de trabalho dos servidores do Ministério da Saúde, divididos em ativos lotados no Ministério, ativos cedidos e inativos, no período de 2005 a 2011. No primeiro caso, encontram-se os servidores lotados na sede do Ministério, nos núcleos estaduais e nos hospitais próprios. No segundo, os servidores cedidos para outros órgãos não especificados, para os hospitais universitários e para o SUS. E, finalmente, no terceiro caso, os servidores inativos, que se dividem entre os aposentados e os beneficiários de pensão.

No período de 2005 a 2011 verifica-se um aumento de 13% no total de servidores do Ministério da Saúde, de 160.459 para 181.573. Este aumento é expressivo no quantitativo de

servidores dos hospitais próprios do MS, que elevou de 7.093 para 17.845. Também se constata um aumento, embora de menor relevância, dos servidores lotados na sede do MS, de 1.138 para 1.823, particularmente entre o período 2009 e 2011. Em relação aos servidores cedidos verifica-se uma redução de 1938 funcionários cedidos aos hospitais universitários e aos órgãos não especificados. Por outro lado, há um aumento de 5.137 servidores cedidos ao SUS.

Os profissionais cedidos ao SUS correspondem basicamente aos agentes de endemias transferidos da FUNASA para o MS, bem como os servidores médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que anteriormente se encontravam nos hospitais do INAMPS que, a partir do processo de descentralização foram transferidos para atuarem no nível local, mas permanecem lotados no Ministério da Saúde.

Em relação aos servidores inativos, nesse período houve um aumento de 3.515 e, em 2011, o quantitativo de inativos no Ministério da Saúde representa 59,23% do total dos servidores lotados no ministério. No que se refere aos servidores ativos, entre 2005 e 2011, houve um aumento de 21%, o que representou um acréscimo de 15.819 servidores ativos vinculados ao ministério.

Em 2011, do total de 72.237 servidores ativos, 26.721 dividiam-se entre a sede do MS, os núcleos estaduais e os hospitais próprios, e a grande maioria, que correspondia a 46.318 eram cedidos ao SUS e aos hospitais universitários, sendo estes últimos em menor número. Contudo, do total de 72.257 servidores ativos, aproximadamente 10 mil já se encontram em abono de permanência, ou seja, com tempo hábil para aposentadoria (BRASIL, MS, 2011).

Em 2005, conforme dados disponibilizados pelo MS, havia 9.762 lotados no Ministério da Saúde com vínculos de terceirizados, contratos temporários da União e consultores contratados por organismos internacionais, sendo que, pelo menos, a metade (5.096) se encontrava nos hospitais e em institutos próprios do MS.

**Tabela 1**  
**Situação dos vínculos de trabalho dos servidores lotados no Ministério da Saúde no período 2005 - 2011**

<i>SERVIDORES ATIVOS LOTADOS NO MS/ 2005-2011</i>	<i>2005</i>	<i>2009</i>	<i>2011</i>
<b>TOTAL SERVIDORES EFETIVOS</b>			
SEDE	1.138	1.198	1.823
NÚCLEOS ESTADUAIS MS	5.068	5.289	5.230
HOSPITAIS PRÓPRIOS	7.093	13.162	17.845
SUB-TOTAL ATIVOS LOTADOS NO MS	13.299	19.649	26.721
<b>ATIVOS CEDIDOS</b>			
OUTROS ÓRGÃOS	753	Dado não disponível	392
HOSP. UNIVER. MEC	2494	Dado não disponível	917
SUS	39.872	Dado não disponível	45.009
SUBTOTAL ATIVOS CEDIDOS	43.119	Dado não disponível	46.318
<b>INATIVOS</b>			
APOSENTADOS	71.575	Dado não disponível	73.625
BENEFICIÁRIOS DE PENSÃO	32.466	Dado não disponível	33.931
TOTAL INATIVOS	104.041	Dado não disponível	107.556
TOTAL ATIVOS	56.418	Dado não disponível	72.237
<b>TOTAL GERAL</b>	160.459	Dado não disponível	181.573

Fonte - Dados cedidos pela Secretaria Executiva do MS – Tabela elaborada pela autora da tese.

Até 2005, graves problemas de irregularidade de contratação no setor da saúde encontravam-se tanto na sede quanto nos hospitais gerais e institutos próprios do MS, os quais contavam com um número significativo de contratos temporários e terceirizados.

No período de 2005 a 2010, os concursos públicos foram retomados, após mais de duas décadas, devido à forte pressão do Ministério Público do Trabalho, decorrente das irregularidades de mão de obra praticada no âmbito da administração pública federal direta, especialmente do número exorbitante de terceirizados. Nesse período, como demonstrado na tabela 2, aproximadamente 15 mil vagas ocupadas por terceirizados e contratados temporários foram substituídas por servidores concursados de níveis médio e superior. As vagas abrangeram diferentes formações profissionais incluindo pesquisadores, tecnologistas e

analistas para áreas técnicas do próprio Ministério e ainda, para os hospitais de referência ligados ao órgão, como o Instituto Nacional do Câncer ( INCA), o Instituto Evandro Chagas e o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) (BRASIL, 2010).

Esse aumento de servidores de carreira está concentrado nos hospitais e institutos próprios do Ministério, situação que não ocorreu na sede do MS e nos núcleos estaduais nos quais o quantitativo de servidores praticamente não foi alterado no período analisado até 2009. No que se refere à sede do Ministério da Saúde, até o ano de 2005, atuavam 3.616 servidores, sendo que, desse total, apenas 31% era composto por servidores concursados. Por outro lado, 69% encontravam-se em situação de contratos terceirizados ou consultorias vinculadas a organismos internacionais e uma pequena parte vinculada ao Contrato Temporário da União (CTU).

Os servidores efetivos lotados na sede do MS ocupam basicamente dois tipos de carreiras<sup>28</sup>, o Plano de Classificação de Cargos (PCC) e a carreira de Seguridade Social e Trabalho. A primeira criada em 1970 pretendeu agrupar os servidores em classes e, posteriormente, adquiriu algumas características de carreira. Salvo algumas exceções, como as carreiras da área diplomática e a de tributação, o quadro da administração direta se deteriorou a partir da criação do PCC devido à sua má articulação e falta de incentivos profissionais adequados (ABRÚCIO, 2010). E, a segunda, a carreira de Seguridade Social e Trabalho, criada em 2002, com objetivo igualmente limitado, de classificar servidores da administração federal que ocupavam cargos isolados, ou seja, que não faziam parte de

---

<sup>28</sup> Os servidores lotados no Ministério da Saúde estão divididos nas seguintes carreiras: Carreira da Previdência, Saúde e Trabalho (CPST); Carreira da Ciência e Tecnologia (INCA/RJ e Instituto Evandro Chagas/PA ;Carreira de Pesquisa e Investigação Biomédica em Saúde (Instituto Evandro Chagas/PA e Centro Nacional de Primatas/PA e Plano Geral de Cargos do Poder Executivo (PGPE) (carreira descentralizada que comporta um número restrito de servidores) ( MS,2011). Algumas dessas carreiras podem ser descritas como *modernas* porque refletem uma concepção mais atual das macrofunções institucionais e de sua relevância para as ações do Estado; ademais, são mais seletivas do ponto de vista das qualificações educacionais exigidas de seus ocupantes. É o caso das carreiras peculiares à FIOCRUZ, ANVISA e ANS. Outras podem ser descritas como *tradicionais*, não só por sua antiguidade, mas também porque apresentam uma alta composição de pessoal com mais baixo nível de escolaridade e qualificação, situação que não mais responde às exigências atuais dos órgãos de Estado. O Plano de Classificação de Cargos (PCC) é tipicamente uma carreira tradicional. Para se ter uma ideia, o PCC absorvia, em 2005, cerca de 65 mil servidores, dos quais apenas 14% tinham nível superior. Por sua vez, na nova carreira da ANVISA, dos 980 servidores, 34% tinham nível superior. Convém observar que todas as carreiras mencionadas nas quais se inserem os servidores do Ministério da Saúde, não têm uma especificidade institucional. Seu caráter é sempre *transversal* - há cargos distribuídos por diferentes ministérios e órgãos da administração direta, indireta e autárquica do Governo Federal. Portanto, essas carreiras apresentam um alto grau de contingenciamento externo ao âmbito institucional desse ministério, já que seus mecanismos de classificação, de remuneração, gratificação etc. estão estruturados para o âmbito do Governo Federal como um todo. Isto vale também para as carreiras da ANVISA e da ANS, já que obedecem à Lei n. 10.871, de 20 de maio de 2004, que se aplica ao conjunto das carreiras das agências reguladoras.



qualquer tipo de carreira. A essa carreira foi incorporado o grupo especial dos sanitaristas, para o qual o Ministério havia feito concurso no final da década de 1970.

Como resultado, pode-se afirmar que atualmente a gestão central do Ministério não dispõe de uma referência moderna de carreira, que valorize de forma efetiva seus recursos humanos e seja um esteio na continuidade de suas políticas e ações. Contudo, essa é a situação que prevalece em grande parte da administração federal.

Este quadro demonstra como o sistema único de saúde foi formulado e coordenado por meio de uma estrutura burocrática frágil, na qual a seleção por concurso, condição *sine qua non* de uma burocracia meritocrática, não constituiu forma hegemônica de composição do quadro administrativo da saúde até 2009. Embora esse cenário não seja particular da saúde, o montante de funcionários contratados é bastante significativo no setor, tendo em vista que o setor constitui o segundo em quantitativo de cargos, depois da educação. No entanto, esse panorama provoca uma indagação a respeito de como foi possível coordenar a transição e a consolidação do sistema único de saúde, sustentada num modelo burocrático extremamente instável no âmbito do Ministério da Saúde.

**Tabela 2**  
**Total de força de trabalho lotado na sede do Ministério da Saúde por situação de vínculo no período 2005/2011**

<i>Servidores ativos lotados na sede do MS</i>	<i>2005</i>	<i>% por situação de vínculo (2005)</i>	<i>2009</i>	<i>% por situação de vínculo (2009)</i>	<i>2011</i>	<i>% por situação de vínculo (2011)</i>
Servidores efetivos	1.138	31%	1.198	33%	1.823	57%
Terceirizados Lotados no MS	1.189	33%	1.247	35%	Sem informação	Sem informação
Consultores Lotados no MS	1.043	29%	912	25%	1.030	32%
CTU - Contrato Temporário da União	246	7%	238	7%	328	11%
<b>Total Servidores Sede do MS</b>	<b>3.616</b>	<b>100%</b>	<b>3.595</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Fonte - SIAPE, 2011 cedido pela secretaria executiva do MS. Tabela elaborada pela autora da tese.

A mudança no quadro administrativo da sede do Ministério da Saúde torna-se mais visível no período de 2009 a jan. 2011. Até então, conforme demonstra a tabela 2, a sede do Ministério da Saúde mantinha na sua composição um número ainda reduzido de servidores efetivos que representavam 33% do total dos funcionários e um número expressivo de funcionários em diferentes regimes de contrato, que correspondia 66,6% dos cargos.

Se comparados os períodos de 2005 e 2009, os vínculos profissionais lotados na sede do Ministério de Saúde praticamente se mantiveram inalterados. No período de 2009-2011, verifica-se um aumento de 625 servidores efetivos, sendo que esse grupo passou a representar mais de 50% do quadro de funcionários da sede do MS. Em decorrência do aumento de servidores de carreira, foi substituída pelo menos a metade do número de terceirizados existentes em 2009.

Os demais vínculos de consultores e Contrato Temporário da União se mantiveram, sendo que o CTU aumentou 37%, de 238 para 328 e ao número de consultores foram somados mais 100 profissionais. Até 2007, o contrato de consultores era praticamente

*permanente*, já que esses profissionais se encontravam durante longo tempo, 10 anos ou mais com o mesmo vínculo com o Ministério.

Em 2011, na sede do Ministério da Saúde, um número bastante relevante dos cargos, 1.030, ainda eram preenchidos por consultores. Atualmente, os vínculos de consultores passaram a ser regulamentados por meio de contratos por produtos, via organismos internacionais, com um prazo máximo de duração correspondente à realização de determinado projeto. Essa regulamentação dos cargos de consultores tende a evitar abusos na ocupação desses postos, tal como vinha ocorrendo no âmbito do Ministério da Saúde.

Ainda em relação ao quadro administrativo do Ministério da Saúde, uma série histórica do período de 1993 e 2010, correspondente ao início do governo Itamar e o final do governo Lula, demonstra a evolução dos cargos comissionados e funções gratificadas que compôs a força de trabalho do ministério.

Nos cargos de provimento em comissão enquadram-se os de Direção e Assessoramento Superiores-DAS (art.1 da Lei n. 5.645, de 10.12.1970). Estes grupos estão ligados a atividades de planejamento, orientação, coordenação e controle, no mais alto nível de hierarquia administrativa dos órgãos da administração federal direta das autarquias federais, com vistas à formulação de programas normas e critérios. Atualmente, os cargos são compostos por seis níveis hierárquicos ascendentes de remuneração. Na verdade, os cargos de DAS têm sido usados, quer como complementação salarial, quer como um novo campo para o clientelismo (TONELO, et al mimeo). Entretanto, essas práticas têm sido regulamentadas no sentido de conter o contingente de ocupantes de DAS sem vínculo com o Estado, o que, de certa forma, fortalece o caráter meritocrático da burocracia pública. O último decreto 5.497 de julho de 2005, estipulou que, pelo menos, 75% dos cargos em comissão DAS níveis 1, 2 e 3 deveriam ser ocupados exclusivamente por servidores de carreira e no caso dos DAS 4, este percentual seria de 50%. Os DAS 5 e 6 correspondentes aos cargos de secretário e diretor, de livre nomeação, permanecem ocupados prioritariamente por profissionais que vêm de fora do estado, dado ao seu peso político.

Esses cargos de direção são investidos por indicações que, muitas vezes, não são acompanhadas da ponderação entre critérios técnicos, políticos e meritocráticos (TONELO, et al mimeo). Não é raro o acesso a esses cargos estar subjugado aos critérios do empreguismo, da prática clientelista, do nepotismo, prejudicando diretamente a administração pública. Tal fato agrega mais um indicador para o argumento de que os cargos do topo do organograma estatal são essencialmente políticos, isto é, providos por vínculos de afinidade e confiança política no sentido amplo.

Diferentemente do Ministério da Fazenda, no qual a carreira interna é a fonte mais importante de recrutamento dos quadros do alto escalão, no caso do Ministério da saúde, praticamente todos os DAS de natureza técnica política, correspondentes aos níveis mais altos (6, 5,4), são preenchidos por nomeações de cunho político.

**Tabela 3**  
**Comparativo dos cargos em comissão e funções gratificadas da administração direta do Ministério da Saúde**

<i>Governo</i>	<i>Órgão gestor</i>	<i>Legislação</i>	<i>Número total de DAS</i>	<i>Total 1,2 3</i>	<i>DAS</i>	<i>Número de DAS nível (6,5 e 4) e NE</i>	<i>Número total de FG(1,2 e 3)</i>
ITAMAR	INAMPS +	Decreto n. 809 de 1993	566 +510 =1.076	558+459 =1.017		8+51=59	355+757 =1.112
FHC (início mandato) 1998	MS	Decreto n. 2.477 de 1998	1.078	980		98	829
FHC (final mandato) 2002	MS	Decreto n.4.194 de 2002	952	812		140	520
LULA (início mandato)	MS	Decreto n. 4.726 de 2003	648	479		169	520
LULA (final mandato)	MS	Decreto n. 7.336 de 2010	1.556	1.309		247	501

Fonte - Elaboração da autora da tese a partir dos decretos supracitados (2011).

No governo Itamar, período que coincide com a extinção do INAMPS e a absorção do quadro dessa antiga estrutura pelo Ministério da Saúde, a tabela 3 demonstra claramente o montante de funcionários em cargos comissionados. Somando os DAS das duas estruturas, tem-se um quantitativo de 1.076 cargos comissionados lotados no MS, sendo que a grande maioria se encontrava em níveis mais baixos das funções comissionadas, consideradas de natureza mais técnica do que política. Sobre esse aspecto também vale ressaltar que as leis de regulação dos cargos comissionados limitam o teto desses níveis, inicialmente em 50% e posteriormente, em 75% para exclusividade dos servidores, restringindo, assim, a ocupação destes cargos por funcionários sem vínculo com estado. Porém, os cargos políticos de níveis de coordenação e direção (DAS 5 e 6) não há, porém, restrição quanto ao % de ocupação dos funcionários sem vínculo com o Estado, e geralmente, essas funções são preenchidas basicamente por esse grupo.

Em relação às funções gratificadas, elas são exclusivas dos servidores concursados, e o valor acrescido no vencimento é muito menor do que aqueles correspondentes aos DAS. Acredita-se que seja uma forma de promover os servidores, já que não existe um plano vertical de carreira dentro do Ministério da Saúde.

No mandato do presidente FHC, houve uma redução de 23% do total dos cargos comissionados do Ministério da Saúde, embora se verifique um aumento de 13,8% nas funções consideradas de alto escalão, tais como as de secretário, coordenador geral e diretor. Conforme aponta o Decreto n. 2.477, de 1998, o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado remanejou 142 cargos comissionados, sendo 29 referentes aos cargos de alto escalão. No mesmo decreto, verifica-se um remanejamento de 79 DAS do MS para o MARE, sendo a maioria dos níveis DAS 1 e DAS 2 e 183 cargos de funções gratificadas. Em relação às funções gratificadas, também há uma diminuição de 37,2%, o que significou menos 309 cargos nessa condição.

Já, no governo Lula, constata-se, no período de oito anos, um aumento de 604 do total dos cargos comissionados. No início do mandato o Ministério da Saúde contava com 648 DAS, e no final de 2010, o número alcançara 1.556 DAS. Verifica-se também um aumento dos cargos de alto escalão, elevando-se do patamar de 169 para 247.

Em relação ao quadro lotado no Ministério da Saúde, no ano de 2010, o órgão contava com 1.556 cargos comissionados, permanecendo a grande maioria distribuída nos níveis mais técnicos 1, 2 e 3, e 247 ocupantes dos níveis superiores (4, 5 e 6). Embora a maioria dos DAS esteja vinculada à sede do MS, destes também compõem os lotados nos núcleos estaduais, que compreendem os de níveis DAS 1 e 2 e FG1 e, em 2010, totalizava 187 cargos em comissão; os hospitais próprios e os institutos compostos cada um por um DAS 4 e os demais se distribuem em DAS 1 e 2 e FG, totalizando 105 cargos; dentro dos institutos, apenas o Instituto Nacional do Câncer apresenta cargos comissionados em maior quantidade e níveis mais elevados, como DAS 5 e 3, que somam 131 cargos. Todavia, a maioria dos DAS estão lotados na sede do Ministério, sobretudo os de níveis mais elevados.

Esses dados demonstram que as funções DAS especialmente de níveis 1, 2 e 3, juntamente com as funções gratificadas, apresentam-se como mecanismos de incentivo para servidores de carreira do Ministério da Saúde. Já os cargos comissionados de natureza mais política, tais como os de secretário, coordenação e direção, geralmente são dirigidos aos funcionários externos, considerando-se que, em 2010, havia 247 cargos de níveis DAS 4, 5 e 6, e cruzando esse dado com os fornecidos pelo SIAPE, em jan. 2011, havia 279 DAS na sede do MS ocupados por profissionais sem vínculo com o Estado. Provavelmente esses números

reforçam o argumento de que a maioria dos cargos DAS 5 e 6 é ocupada por indicação política, ou seja, por profissionais externos ao Ministério.

Segundo estudo realizado por Loureiro (1998), em órgãos da administração indireta do Ministério da Saúde, tal como ocorreu na FUNASA, os cargos comissionados de coordenadoria estadual não só são loteados, como a cúpula do Governo Federal não consegue controlá-los, o que os torna instrumentos de um clientelismo desregrado.

Após a descrição mais detalhada da composição do quadro administrativo do MS, buscou-se um parâmetro de comparação, sob alguns aspectos da força de trabalho, do MS com o Ministério da Fazenda e o da Educação.

**Tabela 4**  
**Quantitativo de servidores públicos federais por situação de vínculo segundo os órgãos administrativos – 2010**

<i>Órgão de administração</i>	<i>Servidores ativos(%)</i>	<i>Aposentados(%)</i>	<i>Instituto de pensão (%)</i>	<i>Total</i>
Ministério da Saúde	50.851 (28,4%)	88.306 (49,3%)	40.025(22,3%)	179.182
Ministério da Educação	214.449(65,4%)	86.0629(26,2%)	27.394(8,4%)	327.905
<b>Ministério da Fazenda</b>	35.468 (47,9%)	20.883(28,2%)	17.720(23,9%)	74.071

Fonte - Boletim Estatístico de Pessoal, 2010. Tabela elaborada pela autora da tese.

A tabela 4 demonstra um quantitativo dos servidores públicos federais, por situação de vínculo segundo os Ministérios da Saúde, Fazenda e Educação. Os dados dos Ministérios da Fazenda e Educação serão úteis como parâmetros para analisar a configuração da burocracia da saúde, tendo em vista que o Ministério da Fazenda é considerado um dos órgãos da administração pública federal mais meritocrático, enquanto os Ministérios da Educação e da Saúde, órgãos responsáveis por políticas sociais, sempre foram considerados *locus* de barganha e interesses políticos, devido a seu baixo nível de burocratização.

Sabe-se que uma das variáveis analíticas sobre o grau de burocratização e insulamento do Estado refere-se à forma de ocupação dos cargos públicos. Na tabela 4, tem-se um panorama geral do quantitativo dos servidores federais por vínculo segundo os três órgãos supracitados. Em relação ao número total de servidores, o Ministério da Educação apresenta a maior quantidade de servidores entre os órgãos da União, correspondente a 327.905 servidores, sucedido pelo Ministério da Saúde, com 179.182 servidores federais e, no quarto lugar, depois apenas da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Fazenda, com um total de 74.071 servidores. Observa-se que esses dados são referentes ao último boletim estatístico do Ministério do Planejamento disponível em 2010 e, portanto, apresenta uma pequena variação quanto ao montante de servidores da saúde se comparado aos dados de 2011 disponibilizados pelo MS, mas que não interfere na proposta de oferecer uma visão panorâmica da força de trabalho da saúde.

O Ministério da Educação é o que dispõe de um percentual maior de servidores ativos (65,4%). Por outro lado, o Ministério da Saúde apresenta um número bem menor de servidores ativos, chegando a apenas 28,4% do total o que representa um total de 50.851 servidores. Em contrapartida, quase a metade dos servidores da saúde estão aposentados, índice significativamente maior do que os outros dois órgãos. Esse dado reflete claramente a falta de renovação do quadro de funcionários do Ministério da Saúde devido à permanência de 24 anos sem a realização de concurso público.

**Tabela 5**  
**Quantitativo dos servidores públicos federais civis ativos do Poder Executivo por nível de escolaridade do cargo**

<i>Nível</i> <i>Escolaridade</i>	<i>Superior</i>	<i>Intermediário</i>	<i>Auxiliar</i>	<i>Sem</i> <i>Informação</i>	<i>Total</i>
Fazenda	23.817 ( 67,2%)	10.318(29,1%)	438(1,2%)	895(2,5%)	35.466
Saúde	14.642(18,8%)	23.279(45,8%)	5.420(10,7 %)	7.510(14,8%)	50.854
<b>Total União</b>	227.756 (44,1%)	222.880 (43,2%)	23.081(4,5 %)	42.461(8,2%)	516.17 8

Fonte - Boletim Estatístico de Pessoal, 2010. Tabela elaborada pela autora da tese.

A tabela 5 demonstra o quantitativo dos servidores públicos federais civis ativos do poder executivo por nível de escolaridade do cargo. Continua-se com o parâmetro do Ministério da Fazenda, pelo seu alto grau de burocratização, para analisar as condições do quadro administrativo do Ministério da Saúde. Enquanto mais da metade dos servidores da fazenda encontra-se em cargo de nível superior, esse número se reduz significativamente no Ministério da Saúde, no qual apenas 18,8% dos servidores ocupam cargos de nível superior. Em relação ao total dos servidores da União, que apresentam um percentual de 44,1% de nível superior, a saúde destaca-se por estar muito aquém desse índice. Ou seja, mais de 50% dos servidores do Ministério da Saúde ocupam os cargos de níveis intermediários e auxiliar. Vale destacar que, em relação ao percentual de servidores com cargos de nível intermediários, a saúde está praticamente no mesmo patamar da União, em torno de 45%. Esse dado demonstra que os concursos da área da saúde até então realizados foram em número significativamente



maior dirigidos aos cargos de nível médio e nível intermediário, diferente da situação do Ministério da Fazenda.

Conforme dados disponibilizados pelo MS, embora a maioria dos cargos seja voltada para níveis intermediários e auxiliar, aproximadamente 40% dos servidores apresentam nível de escolaridade superior. Ou seja, muitos ocupantes de cargos intermediários do MS são graduados, fato que gera certa desmotivação dos funcionários que se encontram nessa situação, considerando que não há um sistema formal de promoção interna que valorize o processo de capacitação dos servidores. Tal fato se reflete no problema atual enfrentado pelo MS, no que diz respeito à grande rotatividade desses cargos. No último concurso realizado pelo MS, em 2009, que abriu 500 vagas para nível médio, o órgão já havia chamado mais de 1.600 profissionais para preencher as vagas disponíveis, dada a rotatividade dos selecionados (BRASIL, SUBSECRETARIA DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS, 2011).

A partir dos dados levantados sobre o quadro administrativo do Ministério da Saúde, primeiramente chama a atenção o fato de que o MS é um dos que apresenta maior quantitativo de servidores inativos, situação condizente com o extenso período, mais de vinte anos, em que o órgão permaneceu sem realizar concursos públicos. Dos 181 mil servidores lotados no Ministério da Saúde, aproximadamente 107 mil encontram-se na situação de inativos. Esse dado é agravado pela existência de pelo menos 10 mil servidores ativos que dispõem de tempo completo para solicitação de aposentadoria.

Ainda, nesse quadro geral de servidores do MS, destaca-se que apenas 18% dos cargos são de nível superior, enquanto, no Ministério da Fazenda, esse número atinge 67% . Um dos motivos diz respeito à própria demanda por capacitação do setor. No caso da saúde, muitos desses servidores sem titulação atuam como técnicos de vigilância sanitária.

Sobre o quadro administrativo da sede do Ministério da Saúde, *locus* de formulação e coordenação do SUS, vale destacar que os números de servidores efetivos tornam-se ainda mais preocupantes. De 1990 a 2009, ou seja, durante todo o período de consolidação do SUS, apenas 30% dos cargos dos ministérios eram compostos por funcionários de carreira. Ou seja, a maioria dos funcionários vinculava-se ao órgão por meio de contratos temporários, sejam eles terceirizados, CTU, cargos em comissão (neste caso, sem vínculo com o estado); e contratos internacionais.

A ausência de planos de carreira como mecanismo de motivação dos servidores, associada ao baixo nível de remuneração dos funcionários e a presença de inúmeros cargos comissionados preenchidos por funcionários externos, que ocupavam funções de chefia e

coordenação, propiciaram um ambiente de competição e pouco cooperativo entre os servidores de carreira e os funcionários sem vínculo com o Estado.

Em síntese, a preponderância de critérios políticos no preenchimento dos cargos em detrimento de um padrão de recrutamento meritocrático, somada à carência de promoções internas e de carreiras consolidadas, tendem a gerar um descompromisso dos servidores com os objetivos coletivos do órgão e representa um estímulo para comportamentos oportunistas que visem ganhos pessoais.

Essas são as características da burocracia do Ministério da Saúde responsável pela formulação e condução da política de saúde em direção ao modelo de sistema nacional de saúde desde 1990.

Portanto, esse cenário remete à indagação de como foi possível conduzir e coordenar uma política de saúde de tamanha complexidade, tal como se apresenta o SUS, diante de um modelo de Estado extremamente fragilizado. Sobre esse ponto, vale destacar que a política pública de saúde, após a Constituição de 1988, tem computado avanços importantes em direção à universalização do acesso à assistência a população brasileira, não obstante os inúmeros desafios que ainda enfrenta, seja relativo ao subfinanciamento do sistema, a ineficiência da gestão e diferenciais no acesso aos serviços, de acordo com os resultados do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008), praticamente todos os indicadores de saúde apresentaram nos últimos anos uma tendência positiva no País.

Na próxima seção buscou-se compreender a composição do alto escalão da burocracia do Ministério da Saúde, em relação ao perfil e critérios de indicação dos secretários que ocuparam as duas principais secretarias do MS, a secretaria executiva e a secretaria de assistência à saúde, durante quatro mandatos ministeriais.

#### **4.3 O perfil profissional dos dirigentes das secretarias executivas e de assistência à saúde do MS**

Retomando o fato de que, na saúde, diferentemente de o MF, as carreiras não influenciam a nomeação dos cargos comissionados do alto escalão, é de extrema relevância para este estudo identificar quem foram os profissionais que ocuparam os cargos de direção do Ministério da Saúde, em relação à formação e experiência profissional anterior à ocupação do posto, e quais os critérios de nomeação para tais cargos. Para tanto, foram selecionados 18

cargos de natureza técnico-política, de nível DAS 6 que ocuparam as secretarias de maior poder político no Ministério, tais como a secretaria executiva e a secretaria de assistência à saúde, durante quatro gestões ministeriais distintas.

O quadro 3 ilustra o perfil profissional dos dirigentes que assumiram as duas secretarias supracitadas, e a partir desse levantamento, alguns pontos chamaram a atenção.

### Quadro 3

#### Perfil profissional dos dirigentes das secretarias executivas e de assistência à saúde em diferentes gestões ministeriais

<i>Gestão Ministerial</i>	<i>Secretaria Executiva</i>	<i>Formação</i>	<i>Experiência na Gestão Pública</i>	<i>Secretaria Assistência à Saúde</i>	<i>Formação</i>	<i>Experiência na Gestão Pública</i>
Alexandre Padilha	Márcia Aparecida do Amaral	Médica - Mestre em Saúde Coletiva – UNICAMP e doutoranda Saúde Coletiva-UNICAMP	-	Helvécio Miranda Magalhães Jr.	Médico-especialista Epidemiologia UFMG	Secretário Municipal de Saúde
Jose Gomes Temporão	Márcia Bassit Lameiro Costa Mazzoli	Administradora de Empresa e Economista – Mestre Adm. – UNB	-	Alberto Beltrame	Médico	-
Jose Agenor Alves	Jarbas Barbosa	Médico –Doutor Saúde Coletiva – UNICAMP	Secretário estadual e municipal	José Gomes Temporão	Médico -Doutor em Saúde Coletiva - UERJ	Secretário Municipal
Jose Saraiva Felipe	José Agenor Alves da Silva	Bioquímico	-	José Gomes Temporão	Médico - Doutor em Saúde Coletiva - UERJ	Secretário Municipal
Humberto Costa	Gastão Wagner	Médico - Doutor Saúde Coletiva-UNICAMP	Secretário Municipal	Jorge Solla	Médico – Doutor Clínica Médica - UERJ	Secretário Estadual
Barjas Negri	Renilson Rehen de Souza	Médico	Secretário Estadual	Alberto Beltrame	Médico	-
Jose Serra	Barjas Negri	Economista – Doutor Economia-UNICAMP	Prefeito	Renilson Rehen de Souza Gilson Carvalho	Médico –Doutor Saúde Pública - USP	Secretário Estadual Municipal
Carlos Cesar Albuquerque	Barjas Negri	Economista – Doutor Economia-UNICAMP	Prefeito	Antonio Joaquim Werneck de Castro	Médico - Mestre Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ	-
Adib Jatene	José Carlos Seixas	Médico – Doutor USP	Secretário Estadual	Eduardo Levcovitz	Médico – Doutor Saúde Coletiva - UERJ	-
Henrique Santillo	Nelson Rodrigues Dos Santos	Médico – Doutor Medicina Preventiva – USP	Secretário Municipal	Carlos Eduardo Mosconi	Médico Especialista	- Secretário Saúde Distrito Federal
<b>Jamil Haddad</b>	Jose Alberto Hermógenes de Souza	Médico	-	Carlos Eduardo Mosconi	Médico Especialista	- Secretário Saúde Distrito Federal

Fonte - Lattes CNPq elaborado pela autora da tese.

Em primeiro lugar, a homogeneidade na formação dos secretários. Dos 18 analisados, 15 são médicos, um é bioquímico, um é economista e uma é administradora de empresas. A grande maioria dos secretários é formada por homens, apenas duas mulheres ocuparam tais postos. Também se destaca o alto nível de escolaridade dos ocupantes das secretarias do Ministério da Saúde, dos 18 secretários, dois são especialistas, três são mestres, 10 têm o título de doutor, sendo que nove fizeram doutorado na área da saúde coletiva e se intitulam sanitaristas. A qualificação dos profissionais que atuaram nas secretarias do MS de alguma forma demonstra que esses cargos, embora sejam de indicação política, foram preenchidos por profissionais altamente capacitados tecnicamente e, ainda, grande parte com uma formação sanitarista em núcleos acadêmicos de excelência na área: UNICAMP, UERJ, ENSP/FIOCRUZ e USP.

Outro ponto diz respeito à experiência dos dirigentes na gestão do SUS. A maioria dos secretários do MS já atuou como gestor municipal e ou estadual de saúde e alguns já haviam presidido os conselhos de secretários municipais e estaduais ou atuaram como professores titulares de universidades federais.

Ainda, em relação à origem dos ocupantes de cargos de secretário no Ministério da Saúde, um aspecto particular à política de saúde diz respeito a uma notável sobreposição entre aqueles que se encarregam de formular e os que se dedicam a implementar, gerir e, até mesmo, avaliar as mudanças políticas propostas no âmbito do SUS. Constata-se um número significativo de executivos, assessores técnicos do MS, assim como assessores do CONASS, CONASEMS e do CNS, que já ocuparam cargos de secretários ou subsecretários de saúde em estados e municípios. Ainda verifica-se que vários atores responsáveis pela formulação e implementação de políticas de saúde trabalharam em centros de pesquisa. Além da circulação dos profissionais entre as várias funções nos aparelhos de Estado, ocorre na área da saúde um outro tipo de movimento muito peculiar: há numerosos casos de técnicos que migram entre municípios, até de diferentes estados, desempenhando a função de secretários municipais de saúde. Vários deles se encontram na terceira experiência de gestão (MENICUCCI et al, 1999).

Outro dado interessante sobre os ocupantes dos cargos do Ministério e demais esferas do sistema refere-se ao fato de que muitos estiveram vinculados ao CEBES, sendo que este órgão, desde a década de 70, atua como um importante centro de formação política dos gestores da saúde e defensor dos princípios basilares do SUS.

“Muitos integrantes do CEBES ocuparam cargos importantes no Ministério da Saúde e em secretarias estaduais e municipais. Embora o CEBES seja uma entidade vinculada à academia, ela se pauta mais pela política e menos pela pesquisa científica. A tônica do CEBES sempre foi voltada para a instituição política de saúde. Portanto, é um organismo importante na formação de líderes políticos na área da saúde, que atingem postos de comando no âmbito nacional e outras áreas estaduais e municipais. É uma escola importante, e diversos dos seus dirigentes são aproveitados no sistema de saúde” (Representante do CEBES).

Quanto aos critérios de nomeação dos cargos de secretários, primeiramente vale destacar, que na saúde, a carreira não constitui uma condição de acesso aos cargos de DAS 6. Isto significa que praticamente todos os cargos apresentam forte peso político, por serem indicados por critério de confiança e, portanto, assumidos por profissionais sem vínculo com o Estado. Apenas um deles foi ocupado por servidor de carreira. No entanto, de acordo com as entrevistas, a indicação dos cargos de secretários do Ministério da Saúde não estava vinculada ao critério partidário, mas sim técnico e de certa forma, ideológico, especialmente nos primeiros anos da consolidação do SUS. O relato do representante do NESCON reforça este argumento:

“Não era um critério partidário é curioso, não era definitivamente. Então politicamente, eram pessoas engajadas muito mais num movimento sanitário, não o original o primeiro movimento sanitário, mas seguramente um na gestão municipal, outro na carreira universitária, outro na gestão hospitalar. No movimento de reforma tinha gente muito preparada teoricamente, de formação pesada, e tinha mais ou menos uma identidade de propósitos que conseguiu em um momento muito especial da redemocratização” (Representante do NESCON).

Nessa mesma direção, o ex-secretário da SAS afirma que existem pessoas extremamente comprometidas com o sistema que permanecem ainda hoje no MS.

Esse perfil foi de alguma forma alterada em pelo menos dois momentos: o primeiro, na gestão do FHC, quando, por uma única vez, a secretaria executiva foi ocupada por um economista e, não por um profissional médico ou da área da saúde. Nesse momento verificase uma estreita relação entre a secretaria executiva do MS e a área econômica do governo, demonstrando em parte, que a ocupação dos cargos da área da saúde não se concentrava mais apenas na comunidade profissional de sanitarista que, apesar das divergências internas,

convergia na defesa intransigente da ampliação de recursos para o setor (MENICUCCI et al., 1999).

E um segundo momento, na gestão do governo Lula, na qual o critério partidário teve uma relevância maior na composição das secretarias do Ministério, gerando uma fragmentação interna do Ministério da Saúde. Sobre esse ponto, o ex-consultor do MS e o representante do NESCON chamam a atenção para o fato seguinte.

“No governo Lula meio que se inaugurou outro patamar porque as pessoas vieram principalmente nesses cargos com uma vinculação partidária definida, não só de partido como de subgrupo partidário no governo Lula. Porque houve, eu diria, uma politização não necessariamente no bom sentido da palavra da saúde que no governo Serra, no governo Fernando Henrique isto era menos forte” (Ex-secretário municipal; professor titular da UNB; ex-consultor do Ministério da Saúde).

“Nos últimos dois governos do presidente Lula houve um loteamento partidário do Ministério, certa partidarização das áreas do Ministério. Então, é assim, tem as secretarias do PT e as que são do PMDB. O que tem complicado muito certa unidade, embora o conflito entre as áreas sempre tenha havido, cada secretaria do Ministério intercepta uma série de redes de assuntos ou de comunidades de políticos que buscam interferir nas políticas desta área de forma mais ou menos interessada, é lobista mesmo em alguns casos”. (Representante do NESCON)

Os relatos também nomeiam a natureza intermitente da burocracia do Ministério da Saúde e ainda confirmam o que já fora destacado anteriormente, sobre a experiência dos dirigentes do MS em outros cargos executivos, tais como gestores municipais ou estaduais, ou vinculados à academia. As experiências de gestão trazidas pelos dirigentes foram avaliadas positivamente como geradoras de inovação e mudanças que se refletiram na condução da política de saúde no âmbito do Ministério.

“O Ministério da Saúde foi ocupado por um tipo de funcionário que não era de carreira. Eu chamo de burocracia adventícia. Então que funcionário é esse? Por um lado, geralmente ex-gestores ou gente ligada à academia que veio trazida pelo dirigente do momento. Eu próprio estive presente na época da reformulação da norma 93, eu tive na 93, na 96 eu não estava no Ministério mas como uma pessoa fora da carreira. Eu era um ex-gestor público, fui secretário municipal de saúde e vim trabalhar no ministério em Brasília e participei da elaboração da NOB. Então eu acho que isso talvez diferencie. Traz uma coisa positiva, né. Ela traz realmente um arejamento de quem estava na gestão, quem estava dirigindo o secretário municipal de

saúde, o secretário estadual de saúde. Eu acho que isso são fatos positivos” (Ex-secretário municipal; professor titular da UNB; ex-consultor do Ministério da Saúde).

“E se não tivesse essa confusão que é o Brasil e essa quantidade de cargos de confiança, isso possibilitou a mudança senão essa turma estaria mandando até hoje. Eu acho que você ter uma burocracia estável é um fator importante até para a democracia para ter estabilidade das políticas e etc, mas também pode ser uma faca de dois gumes. Você pode perpetuar uma estrutura extremamente conservadora. Por exemplo, a educação não teve uma reforma com os mesmos contornos que teve a saúde. Então só foi possível fazer essa ruptura em cima dessas descontinuidades provocada pelo partidão”. (Representante do NESCON).

Outro ponto destacado nas entrevistas refere-se à relação entre o Ministério da Saúde e os órgãos legislativos. Embora esse tema ultrapasse o escopo deste estudo, vale a pena ressaltar que a falta de um congresso atuante e bem informado sobre a política de saúde, reverte, todavia, no aumento da autonomia do Ministério para a condução da política do setor. Ainda, em relação ao distanciamento que o legislativo se mantém da temática, outra hipótese plausível se deve à recusa dos parlamentares de se haver com o problema inevitável a ser enfrentado de subfinanciamento do sistema.

O relato abaixo demonstra que de fato a burocracia da saúde se depara com um parlamento fraco e desinformado sobre a política do setor, o que gera, além de maior autonomia do executivo, um temor quanto à intromissão dos parlamentares na formulação e condução da política.

“O problema da burocracia do SUS é que ela manda e se lixa para o parlamento. As escolhas de valores deveriam estar no campo político, do parlamento, mas o parlamento está tão desmoralizado, tão desgastado que ela começa a agir autonomamente. Então esse é um risco que eu acho que o SUS hoje enfrenta. No SUS fica todo mundo com medo de entregar ao parlamento e aos deputados, senadores e etc decisões sobre o sistema de saúde porque os deputados ficam tão fora dessa discussão que você só o procura com uma visão muito instrumental de trazer eles para a briga do dinheiro e aumentar o dinheiro. Os deputados entram atravessando porque não estão sintonizados com o resto e o ministério passa por muito aperto com isso, porque chega os projetos mais mirabolantes. Devido a estes isolamentos da burocracia frente ao nível político” (Ex-consultor do MS, integrante do NESCON).

Ainda sobre essa perspectiva, representante do CEBES chama a atenção para o receio do executivo em relação à atuação do Congresso no que se refere à política de saúde.

“Uma coisa é a unanimidade entre os vários segmentos que compõem o setor da saúde, já o congresso, devido à insegurança que temos em relação a ele, a gente manda um projeto para lá e nunca sabe como ele vai terminar” (Ex-consultor do MS, integrante do NESCON).

Esses relatos demonstram que o controle da burocracia da saúde definitivamente não ocorre por meio da esfera legislativa. No entanto, essa discussão foge ao escopo deste estudo e carece de maior aprofundamento para qualificar a relação entre o executivo e o legislativo na condução da política de saúde.

Embora a gestão do governo Dilma tenha apenas se iniciada, vale chamar a atenção para a formação do Ministério da Saúde nesse primeiro ano de governo, considerando que os sanitaristas integrantes da ABRASCO, CEBES, CONASEMS, CONASS, CNS demonstram já de antemão, uma satisfação com o núcleo duro do Ministério. Primeiramente, o fato de que não houve loteamento dos cargos das secretarias, o que sugere maior possibilidade de consenso e integração das áreas da saúde, algo não possível no governo Lula. Além disto, uma presença forte de doutores sanitaristas, pesquisadores associados da ABRASCO, com experiências especialmente na gestão de secretarias municipais e, ainda, dois ex-presidentes de CONASEMS, o que indica um fortalecimento da política de descentralização, da pactuação interfederativa e, sobretudo, de uma condução mais consensuada sobre o direcionamento do sistema. Finalmente, sobre essa gestão que apenas se inicia, vale destacar a vitória do ministro da saúde na eleição para a presidência do Conselho Nacional de Saúde que, embora criticado pelos sindicalistas como a perda de autonomia de mecanismos de controle social, para muitos sanitaristas, representa um fortalecimento deste órgão em direção a uma gestão mais participativa e integrada com os dirigentes do Ministério.

Em relação à configuração da burocracia do Ministério da Saúde, é consensual a percepção de que a sua composição foi marcada pela presença de profissionais externos ao Estado, altamente capacitados tecnicamente, além de que muitos traziam experiências de gestão do sistema único de saúde, seja em âmbito estadual ou municipal. Essa fluidez da burocracia do MS foi avaliada pelos entrevistados como um desenho que permitiu inovação e mudança no âmbito do MS.



Assim, diante dos dados quantitativos sobre o quadro administrativo do Ministério da Saúde, somado às percepções de atores diretamente envolvidos com a política de saúde, é possível destacar alguns pontos sobre a natureza da burocracia que conduziu o processo de consolidação do sistema único de saúde, a partir do referencial analítico de Evans (2004) que enfatiza a eficiência do Estado por meio do modelo de autonomia inserida.

O primeiro ponto diz respeito ao fato de que o SUS foi formulado e coordenado basicamente por profissionais externos ao aparelho do Estado, ou seja, que não eram de carreira e, portanto, cambiavam conforme mudança de governo ou ministros. Esse dado, se analisado de forma isolada, demonstra uma estrutura burocrática fragilizada do MS, especialmente devido ao fato de que o quadro administrativo foi basicamente composto por profissionais vinculados a cargos temporários, sejam eles terceirizados, CTU, consultores ou comissionados, decorrente da ausência de um padrão seletivo meritocrático.

Esse cenário, de acordo com Evans (1995) seria extremamente danoso para a condução de uma política pública. Um quadro de funcionários intermitente e sem o elemento meritocrático propiciado pelo concurso não viabilizaria uma atuação relativamente insulada do Estado, condição essencial para a sua eficiência, com maior risco de cooptação do aparato estatal por interesses particularistas.

Por outro lado, considerando, de uma forma geral, que a política de saúde foi bem sucedida na sua reorientação em prol de um Sistema Único de Saúde, apesar de todos os percalços que ainda enfrenta, cabe indagar como uma estrutura de Estado tão vulnerável viabilizou a consolidação de um sistema extremamente complexo e audacioso como o SUS. Embora este estudo enfoque apenas o nível federal de gestão do sistema e sabendo que o SUS foi implementado de forma descentralizada e fortemente municipalizado, esse fato não minimiza o papel extremamente relevante do Ministério da Saúde na formulação e condução da política do setor.

A partir dos dados empíricos, pelo menos dois achados sugerem certa minimização dos efeitos deletérios dessa estrutura acima descrita do Ministério sobre a política de saúde.

Um primeiro refere-se à relevância do critério técnico na composição dos cargos de secretários, o que leva a inferir que embora a burocracia do ministério esteja longe de uma modelo meritocrático weberiano, a presença de dirigentes altamente capacitados e, de alguma forma, envolvidos com a cultura sanitarista, constituiu um mecanismo que permite um relativo grau de insulamento da burocracia da saúde, condição fundamental para a gestão de políticas públicas. Sobre esse aspecto, vale destacar que, desde o processo de transição do modelo de assistência previdenciário para o SUS, atores fortemente envolvidos com a cultura

sanitarista, assumiram postos importantes na burocracia, seja em cargos estratégicos do antigo INAMPS e, posteriormente, no Ministério, que favoreceu a construção de certa coerência e identidade corporativa interna ao aparelho do Estado, que auxiliou na estabilidade das novas estruturas institucionais para a consolidação do SUS.

Mesmo que tenha havido uma relevância maior do critério político-partidário no preenchimento dos cargos de secretários no governo Lula, não se verifica uma mudança importante no perfil técnico dos dirigentes que assumiram os cargos de secretários executivos e de assistência à saúde da época.

Um segundo aspecto, diz respeito à experiência que os dirigentes trazem para o Ministério decorrentes de gestões municipais e estaduais de saúde e, ainda, a presença de dirigentes vinculados à academia e aos órgãos de representação civil, o que permite uma certa vinculação dos secretários com as esferas responsáveis pela implementação do sistema de saúde. Ou seja, a mobilidade dos dirigentes que assumem as secretarias do Ministério da Saúde, em esferas de formulação, implementação e controle do sistema de saúde não deixa de constituir um mecanismo de articulação entre o ambiente interno do Ministério e os interesses subnacionais e societários do setor. Além de favorecer a construção de uma cultura profissional que perpassa as diferentes esferas de atuação do governo e que, portanto, constitui um elemento organizacional gerador de estabilidade institucional na política de saúde. De acordo com Paim (2007), é difícil discriminar o movimento social de saúde, do movimento dos profissionais e dos gestores, pelo fato de estarem, de alguma forma, sempre muito imbricados.

Embora esses mecanismos internos à burocracia do Ministério da Saúde tenham favorecido a constituição de certo grau de insulamento e de coerência interna entre os dirigentes, as entrevistas apontam para vários problemas decorrentes dessa instabilidade. Na seção seguinte, buscou-se apontar essas fragilidades sob as quais o sistema nacional de saúde é conduzido em âmbito nacional.

#### **4.4 O ônus decorrente da presença de características do modelo de estado intermediário no âmbito do Ministério da Saúde**

Evans (1995) já havia identificado o Estado brasileiro como um modelo de Estado intermediário, por se encontrar em um estágio de desenvolvimento caracterizado por uma estrutura híbrida que compartilha características de um estado predador e desenvolvimentista.

Algumas características desse modelo de Estado apontadas pelo autor podem ser identificadas na estrutura do Ministério da Saúde, sendo que os aspectos mais críticos que tangenciam a tipologia estão sintetizados nos seguintes apontamentos: carência de um padrão de seleção meritocrática do servidor; seleção de profissionais por meio de nomeações de cunho político; escalões mais altos preenchidos por funcionários externos a agência; vinculação do processo organizacional do Ministério da Saúde às características pessoais e profissionais dos dirigentes que assumem o ministério, o que resulta na descontinuidade dos programas e projetos; falta de um plano de carreira e de capacitação específica dos servidores para a área de saúde gerando um alto contingente de funcionários desmotivados e insatisfeitos; caráter intermitente das carreiras públicas que se alteram conforme mudanças na liderança política e na criação periódica de novas organizações; falta de compromisso ao longo prazo dos funcionários na busca de capacitação acerca de áreas específicas do setor. Diante desse cenário, a política de saúde, na sua gestão nacional, padece de problemas significativos decorrentes dessa falta de estabilidade organizacional do Ministério da Saúde.

O primeiro ponto diz respeito à descontinuidade de projetos e programas internos ao Ministério decorrentes das mudanças de gestores, dada a instabilidade do quadro administrativo do órgão. Relatos demonstram claramente como os processos organizacionais do Ministério ainda se vinculam às características pessoais e profissionais dos dirigentes. Apresentam-se, portanto, extremamente vulneráveis às mudanças de gestão e da equipe. Esse fenômeno é característico da instabilidade burocrática decorrente da forte presença de vínculos terceirizados e contratos temporários dos cargos técnicos, bem como da preponderância de ocupação dos cargos técnicos políticos por profissionais externos à burocracia, de acordo com o critério de confiança. Segundo relato de uma servidora do MS,

[...] “É natural que toda gestão que entra queira dar o seu formato, desenhar o seu projeto. O importante é garantir que os processos tenham continuidade, não importa o desenho organizacional que ele adquira. E isto não é comum de acontecer, mesmo quando o processo está dando certo, sua continuidade dependerá da liderança. Depende do perfil da pessoa, cada um tem o modelo de gestão pré-concebido. O servidor fica defendendo o que deu certo quando conseguimos ter voz dentro da instituição. Também vale destacar que os processos de gestão não são bem padronizados, formalizados, as pessoas chegam e fazem os desenhos de estruturas que lhes convêm. Aqui todo mundo com mais de 10 anos no Ministério é ex alguma coisa, devido às mudanças organizacionais do órgão. De acordo com o dirigente, numa nova gestão mudam até os servidores de nível DAS 1” (Servidora do MS em cargo comissionado nível 4)

A ausência de investimento na capacitação de funcionários do MS e a alternância dos dirigentes foram apontadas como fragilidades do quadro administrativo da saúde, que impacta, em todos os níveis de governo, a condução da política de saúde. Sobre este aspecto, o presidente do CONASS afirma que

[...] “A falta de preocupação e investimento na formação com os quadros de dirigentes da saúde brasileira tornaram as equipes vulneráveis e flutuantes. Este fato gerou uma perda de memória do próprio sistema tanto em nível nacional quanto nos estados e municípios. Os quadros que vão chegando vão se reinventando, então você não tem uma continuidade da política que é delineada devido à alternância da direção. Isto prejudica muito” (Presidente do CONASS).

Ainda em relação à descontinuidade dos programas e ações do MS, uma servidora destaca que “[...] quando havia mudanças de governo como houve na época do governo Fernando Henrique a turma que chegou, chegou com ideias diferentes quebrou-se um pouco uma continuidade” (Servidora do MS em cargo comissionado nível 4).

No sentido de realçar a falta de empenho na capacitação e profissionalização da burocracia do Ministério, o relato abaixo demonstra que problemas organizacionais são tratados de forma secundária pelos dirigentes que assumem o órgão.

“Os processos internos entre as secretarias também são muito fragmentados, a gente brinca que deveria construir um MUS – Ministério Único da Saúde. Líderes como os ministros estão sempre voltados para as questões externas do sistema de saúde, e não se preocupam em melhorar a burocracia interna. Você tem que ter uma estrutura que ofereça serviços de qualidade. Geralmente os médicos são avessos às discussões mais administrativas sobre a organização da gestão, considerando que os cargos de ministros e secretários são hegemonicamente ocupados por esse grupo de profissional. Existiram grupos mais fechados no alto escalão que não podiam sequer ouvir a palavra qualidade ou referências aos mecanismos de gestão, julgando que estes fariam menção à coisa privada e não serviria a administração pública. A gente tinha de ter cuidado com a palavra que usava no depto de gestão” (Servidora há mais de 20 anos do Ministério e ocupante de cargo comissionado de nível 4).

Além dos dados quantitativos que já demonstraram os diferentes vínculos que compõem o quadro administrativo da sede do Ministério da Saúde, um dos entrevistados

qualifica esses vínculos, ressaltando, além da instabilidade das relações de trabalho, o impacto disto no grau de conhecimento dos servidores sobre o sistema único de saúde.

“Sobre a formação do quadro administrativo, temos três categorias de trabalhadores da saúde no MS: uma é a de pessoal em cargo de comissão e que nestes tempos foi sendo mudada inúmeras vezes e que pode ser alguém que entenda bem de saúde ou um punhado de gente indicada por partido ou grupo e que nada entende de saúde. Outro grupo é dos servidores temporários que têm características interessantes, pois um grupo é daqueles sem muita formação e muito menos conhecimento do SUS e o outro grupo é dos temporários que vêm a Brasília após uma seleção e por serem temporários também há uma limitação. Finalmente o terceiro grupo que é dividido igualmente em dois: os remanescentes do MS que não entendem do SUS; os remanescentes do INAMPS que não entendem do SUS e que indiretamente fazem tudo para que o SUS não dê certo”. (consultor do CONASEMS e ex-secretário SAS).

Ainda na mesma linha argumentativa, sobre o desconhecimento de integrantes do Ministério da Saúde diante das diretrizes legais do SUS, o relato abaixo demonstra que ex-dirigentes do Ministério engajados no movimento sanitário, atuam de certa forma como a *memória* do sistema.

“Eu, pessoalmente como acompanho isto desde os primórdios do SUS sofro permanentemente pela dificuldade, em primeiro lugar do MS entender qual seja sua missão e ter sempre como base a legislação brasileira. Estávamos numa reunião desde o período da manhã com uma elite da saúde, discutindo um documento do SUS e o tempo todo pessoas se surpreendendo que não sabiam que aquilo estava na lei. (Ex-secretário da SAS e consultor do CONASEMS).

O desconhecimento da área provocada pela diversidade de vínculos de trabalho, rotatividade e falta de capacitação técnica dos servidores de carreira parece não ter sido solucionado pela abertura dos concursos públicos a partir de 2005. Um dos problemas atualmente enfrentado pelo Ministério da Saúde decorre da rotatividade dos cargos de nível médio. Essa situação pode ser explicada por alguns fatores, tais como a baixa remuneração dos cargos administrativos, a falta de perspectiva de promoção interna e, ainda, o descompasso entre o nível de escolaridade dos concursados e a formação exigida para o cargo. Vale destacar que a maioria dos servidores selecionados nos concursos recentes para nível médio já tinha graduação.

Quanto aos cargos de nível superior, particularmente o de analistas administrativos, verifica-se uma falta de especialização para atender as demandas da gestão em saúde,

considerando que não exige, para o cargo, formação específica na área, o que vem justificar a presença ainda relevante de consultores externos e de DAS, especialmente na sede do Ministério. Sobre este aspecto, o Ministério já solicitou vagas para o cargo de analistas de política social, como forma de substituir os profissionais especialistas que atuam como colaboradores do Ministério. Outro ponto destacado nas entrevistas diz respeito à falta de envolvimento dos servidores destas carreiras transversais com o sistema de saúde.

“Há uma luta dos sindicatos dos servidores para a criação de carreiras específicas da saúde, mas o Ministério de Planejamento defende as carreiras transversais. O problema é a remuneração que não consegue segurar os talentos na saúde”. (Servidora do MS em cargo comissionado nível 4).

“Estes servidores de carreira transversal estão à procura de uma posição melhor para eles e aí passam a não ter pátria... vão para o Ministério onde sejam mais valorizados... outro inconveniente é que eles defendem suas minicorporações, mais que a ideologia do sistema para o qual trabalham (educação, saúde etc.)” (Ex- secretário da SAS e Consultor CONASEMS)

O clima de tensão e competição entre os servidores de carreira do Ministério da Saúde e os funcionários externos é provocado pela falta de mecanismos de promoção interna dos servidores, associada ao preenchimento praticamente exclusivo dos cargos comissionados de direção por profissionais sem vínculo com o Estado.

Relato de servidora, com mais de 20 anos de atuação no governo federal, ilustra claramente essa situação afirmando que existe uma má vontade dos de dentro com os de fora, pois todos os cargos de chefia são abocanhados pelos que chegam.

A entrevistada também aponta como os principais problemas da burocracia do Ministério da Saúde a falta de mecanismos de retenção de talentos, a baixa remuneração, a acomodação do servidor advinda dessa falta de motivação interna. Evans (1995) já havia mencionado que um aparato de estado desvitalizado, que não dispõe de recursos necessários para sustentar carreiras recompensadoras e construir o *esprit de corps*, se aproxima das características temidas pelos neoutilitaristas.

De acordo com estudo desenvolvido por Loureiro e Abrúcio (1998) sobre a composição da burocracia do Ministério da Fazenda, o que evita a politização conjugada com ineficiência nos níveis subnacionais é o poder das carreiras internas do Ministério da Fazenda. Elas detêm uma forte solidariedade que resultou na criação de áreas em que somente as

carreiras internas podem ocupar os cargos. Organicidade e continuidade das políticas públicas são garantidas com esse poder das carreiras internas.

A ausência de planos de carreiras verticais somado aos diferentes vínculos de trabalho presentes no Ministério resulta na diferenciação de níveis salariais entre funcionários que desenvolvem atividades semelhantes, gerando desmotivação dos servidores.

Em síntese, a burocracia do Ministério da Saúde se aproxima do modelo de Estado intermediário conforme descrito por Evans (1995), devido ao padrão de recrutamento pouco meritocrático que pode ser ilustrado pelo extenso período que permaneceu sem concurso público, resultando no número elevado de profissionais externos que ocupam cargos de direção e da burocracia em geral, contratos terceirizados ou contratos temporários somado à falta de um plano de carreira e a baixa remuneração.

*A priori*, esse modelo de Estado reduz a capacidade de autonomia e insulamento da burocracia, condição propícia para a cooptação do Estado por interesses particularistas e clientelistas na implementação de políticas públicas.

Claro que não há como negar que o modelo de Estado no qual o sistema de saúde foi e está sendo conduzido favorece a existência dessas disfunções já apontadas por Evans(1995), tais como permanência de padrões clientelistas no âmbito do estado, soluções personalísticas; falta de compromisso ao longo prazo dos funcionários na busca de capacitação, dificuldade de estabelecer regras de conduta que inibem estratégias orientadas para ganhos individuais, relações individualizadas entre estado e sociedade, dentre outras, que, de certa forma, podem estar presentes no âmbito do Ministério da Saúde.

No entanto, verifica-se que, além de mecanismos internos, tais como foi apontado sobre a composição dos dirigentes da saúde, que minimizam os efeitos decorrentes da ausência de uma burocracia de mérito, as relações que a burocracia constrói com as forças societárias, como apontados por Evans (1995, 1996, 2004), podem agir como mecanismos de fortalecimento da estrutura estatal e maior eficiência na condução das políticas públicas. O conceito de sinergia que pressupõe uma relação baseada em normas de cooperação e redes de engajamento cívico entre cidadãos comuns que podem ser promovidas por órgãos públicos e utilizadas para fins de desenvolvimento, tanto econômico quanto social, nos auxiliará na compreensão da relação estabelecida entre o Ministério da Saúde e as demais forças sociais envolvidas com o setor. O autor denominou *teia administrativa* essa rede geralmente formada por canais oficiais de participação, tais como os conselhos deliberativos, bem como organizações de natureza intermediárias, como as associações e as redes de programas informais nos quais ocorre grande parte de formação de consenso.

Portanto, na seção seguinte, buscou-se mapear esses órgãos, bem como verificar se constituem, de fato, mecanismos de inserção social da burocracia do Ministério da Saúde, considerando que a eficiência do Estado depende do equilíbrio entre certo grau de insulamento e as conexões societárias.



## 5 A CONFIGURAÇÃO DA REDE ADMINISTRATIVA DA SAÚDE

Conforme já mencionado anteriormente, a Constituição de 1988 marcou um novo cenário político-institucional inaugurado pela abertura democrática que impactou diretamente a condução das políticas públicas brasileiras. No caso específico da saúde, destaca-se a paradigmática transformação do sistema de assistência de saúde previdenciário para o sistema nacional de saúde, com todos os avanços e impasses já mencionados anteriormente.

O Sistema Único de Saúde, fundamentado pelos princípios institucionais da universalização, democratização e descentralização da política de saúde, institui formalmente uma nova relação entre a burocracia sanitária central, esferas subnacionais e a sociedade, a partir da ampliação do espaço público de representação, por meio de órgãos colegiados e fóruns de pactuação que passaram a exercer um papel importante na condução das políticas do setor.

Amplia-se a teia administrativa da saúde, termo cunhado por Evans (1995), ao referir-se às redes externas que conectam o Estado por meio da sua burocracia à sociedade civil. O autor enfatiza o papel do Estado como agente mobilizador dessas conexões, a partir de forte engajamento político capaz de criar um círculo virtuoso para execução de políticas sociais (COSTA, 2003).

O risco dessa perspectiva é o de tomar as redes externas e a coerência corporativa interna em campos antagônicos como alternativas opostas. Ao contrário, a coerência burocrática interna deve ser vista como uma pré-condição essencial para a participação efetiva do Estado nas redes externas (EVANS, 2004, p.82-83).

É justamente sobre o pressuposto de que a existência de uma burocracia estável e coesa constitui condição fundamental para o engajamento mais efetivo do Estado nas redes societárias que serão analisadas as conexões existentes entre o Ministério da Saúde e os órgãos colegiados e de pactuação intergestores na condução da política de saúde.

Neste capítulo, busca-se mapear os canais que, de alguma forma, vinculam o Ministério da Saúde às redes externas e compreender até que ponto esses órgãos atuam de forma sinérgica com o Estado, na condução da política de saúde, seja como fonte de informação, inovação, legitimidade ou de consenso.

No final da década de 1970, o movimento de reforma sanitária<sup>29</sup>, fortemente atrelado à academia, desempenhou um papel extremamente relevante para a conformação do sistema de saúde, por meio de um posicionamento contrário à estrutura vigente do modelo previdenciário de saúde consolidado no interstício do regime militar. Ao movimento sanitário era atribuída a liderança política e intelectual da reforma, no interior do qual foi construída uma proposta alternativa para a política de saúde (MENICUCCI, 2007).

Após a aprovação da LOS, o movimento sanitário deixa de atuar de forma direta e regular na consolidação da legislação infraconstitucional do sistema, bem como na condução da política de saúde. A cultura sanitarista passa a ser representada e disseminada pelas novas instâncias decisórias de caráter deliberativo ou consultivo que passam a compor o desenho institucional do aparato estatal.

A partir da Constituição de 1988, tornam-se fortalecidos os Conselhos de Saúde, as Conferências, o CONASS, o CONASEMS, cria-se no âmbito administrativo, a CIT, como instância de pactuação interfederativa, além da atuação permanente das entidades acadêmicas ABRASCO e CEBES. Assim, a teia administrativa da saúde passa ser composta por instâncias colegiadas e associações de natureza acadêmica que têm, de uma forma geral, interesses e objetivos que convergem com a função do Estado como provedor do direito à saúde.

Isso significa que a inserção social do Ministério da Saúde ocorre fundamentalmente por meio de estruturas formalizadas no âmbito do próprio executivo, sejam as instâncias que articulam o Ministério com os gestores municipais e estaduais para a pactuação das ações operacionais do sistema, sejam aquelas que articulam a sociedade civil com as agências estatais, tais como os conselhos de saúde. Dentro dessa teia administrativa analisada neste estudo, as associações acadêmicas, ABRASCO e CEBES, são as únicas conexões que formalmente são desvinculadas do Estado, embora ambas tenham assento no Conselho Nacional de Saúde e, comumente, mantêm os seus representantes em cargos estratégicos na administração pública do sistema de saúde.

A delimitação dos órgãos que integram a teia administrativa da saúde foi baseada, tanto pela relevância dessas organizações no processo de reorientação do sistema de saúde, quanto pela formalidade que eles obtiveram após a constituição do SUS. Instituída a saúde como direito e dever do Estado na Constituição de 1988, a LOS (Leis n. 8.080/90 e n.

---

<sup>29</sup>“O movimento sanitário teve um papel decisivo não apenas na construção do Sistema Único de Saúde como na definição do modo como a participação seria incorporada como elemento constituinte do desenho institucional do sistema” (CÓRTEZ, 2009, p.19).

8.142/90) regulamenta o sistema de saúde por meio de diretrizes basilares de implementação da política, tais como a descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização da assistência, bem como a participação de instâncias colegiadas na condução do SUS. Tanto a descentralização do sistema, quanto a formalização das instâncias colegiadas impactaram diretamente a complexidade do ambiente de condução da política de saúde e, portanto, a relação entre o Ministério da Saúde e os atores envolvidos no campo da saúde. A área da saúde, diferentemente de outras áreas, foi a que mais intensa e precocemente incorporou mecanismos institucionalizados de participação social (CÔRTEZ, 2009).

No que se refere às instâncias de participação social, a Lei nº 8.142/90 regulamenta as conferências de saúde e os conselhos de saúde em cada esfera de governo. As conferências constituem-se instâncias colegiadas, de caráter consultivo, tendo como objetivo avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes da política de saúde, em cada nível de governo (CÔRTEZ, 2002).

Após a constituição do SUS, as conferências se transformaram oficialmente em mecanismos de monitoramento e participação social, realizadas de quatro em quatro anos, que atuam na proposição de novas estratégias e diretrizes para a formulação da política de saúde. Geralmente, as conferências são convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde, e são realizadas em todos os níveis de governo.

A primeira conferência de saúde data de 1941 e, desde então, 13 conferências foram realizadas (Brasil, 2011). Embora esse mecanismo de mobilização social tenha assumido papel importante no processo de democratização e consolidação dos princípios do SUS, tendo em vista a relevância política e técnica da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ficou historicamente marcada pela sua contribuição para as diretrizes que subsidiaram a temática da saúde no processo constituinte, de acordo com Paim (2007), as conferências que ocorreram nos anos posteriores à de 1986 se apresentavam completamente esvaziadas do debate político do sistema de saúde.

No governo Lula, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, foi avaliada como uma possibilidade de retomada dos ideais da reforma sanitária, pela própria identificação dos atores do movimento com o partido que assumia o governo. Várias propostas de reafirmação do projeto original da reforma foram apresentadas pelo CEBES, ABRASCO e CONASS, as quais transcendiam as tarefas puramente técnico-administrativas de organização do Sistema Único de Saúde. Essas iniciativas exerceram o papel de reativar a memória dos movimentos sociais e militantes na Conferência, diferentemente do ocorrido na década de 1990.

No entanto, uma avaliação mais geral sobre a atuação das últimas conferências de saúde aponta para a necessidade de que os movimentos sociais da saúde retomem seu protagonismo e sua construção autônoma, de forma a serem capazes de interferir nas disputas políticas sobre os rumos do SUS (GASTÃO, 2011).

Todavia, as entrevistas demonstram que esses mecanismos de participação sofrem variações no seu espaço de atuação que são influenciadas pelo grau de aderência dos governantes a essa instância societária. Já o CNS, órgão vinculado ao Ministério da Saúde desde 1990, constitui instância máxima de deliberação do SUS, de caráter permanente e deliberativo, com missão de deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde.

Os conselhos de políticas constituem desenhos institucionais de partilha do poder e são constituídos pelo próprio Estado, com representação mista de atores da sociedade civil e atores estatais. Um dos seus elementos mais importantes é a associação entre a falta da participação e a sanção expressa na suspensão da transferência de recursos públicos federais para os municípios que não praticarem a participação popular na saúde (AVRITZER, 2007).

De acordo com Evans (1995), os conselhos deliberativos são um dos elementos da teia administrativa, já que formalmente se caracterizam por importantes espaços de consenso e fonte de informações para a burocracia pública.

No período anterior a 1990, durante praticamente 70 anos, o CNS<sup>30</sup> atuou como órgão consultivo do Ministério da Saúde, cuja maioria dos membros, formada por especialistas de saúde pública, era indicada pelo Ministro de Estado. O Decreto n. 99.438, de 07 de julho de 1990, regulamentou as novas atribuições do CNS e definiu as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, com 30 membros. Essa legislação fixou na composição do CNS entre representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Os usuários ficaram com 50% das vagas, e os outros 50% se dividiram entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço. A composição do CNS de 1990 foi fruto de longa negociação do movimento social com o Ministério da Saúde. Até meados da década de 1990, é possível afirmar que o CNS foi o *locus* principal de embates sobre a reforma do sistema brasileiro de saúde (CÔRTEZ, 2009).

Na condição de órgão deliberativo da política de saúde, os conselhos de saúde existem há mais de vinte anos, e funcionam em todas as unidades da federação, atingindo mais de 5.500 conselhos no País. Tanto pela extensão dessa rede, quanto pela ampla participação

---

<sup>30</sup> Sobre o histórico e papel institucional do CNS, ver Côrtes et. al. (2009) e Paim (1989).

voluntária de cidadãos engajados nessas instâncias, a participação da saúde constitui um fenômeno inédito na América Latina e é exemplo para várias outras políticas públicas (LABRA, 2006). Todavia, o fato de existirem não garante o seu pleno funcionamento. O que se verifica na prática é uma atuação condizente com as diferenças e desigualdade regionais e populacionais do País, prevalecendo forte heterogeneidade quanto ao funcionamento e efetividade, resultando em disparidades operacionais e políticas dos conselhos (CÔRTEZ, 2002).

Nesse sentido, podem-se destacar os vários problemas de ordem operacionais que restringem a capacidade política desse mecanismo, como exemplificam os apontamentos contidos no Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que destacam: a falta de representatividade dos conselheiros, que se apresentam frequentemente desarticulados das bases que representam; a falta de motivação e o grande absenteísmo nas reuniões; a restrita capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde; profunda assimetria de informação entre os integrantes somada à presença de critérios clientelistas de indicação dos membros (LABRA, 2006; SILVA et. al., 2009).

No caso específico do CNS, no período de 1990 a 2002, embora tenha ampliado a sua atuação como órgão deliberativo, enfrentou algumas dificuldades como a falta de paridade na sua composição, a ausência de eleição para o cargo de presidência, ficando este destinado ao Ministro do Estado da Saúde, o que afetava de alguma forma a independência para atuar como mecanismo de controle social.

Até 2006, o cargo de presidente era ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde. Após quase dois anos de intensos debates e negociações e deliberações aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde e 12ª Conferência Nacional de Saúde instaura-se o processo eleitoral para a escolha dos membros do conselho e elege-se o seu primeiro presidente. O Conselho Nacional de Saúde passou a contar com 48 conselheiros titulares representados por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço. A partir de então, o cargo de presidente deixa de ser prerrogativa do ministro da saúde e torna-se eletivo (CÔRTEZ, 2009).

Numa perspectiva geral, é possível afirmar que, no Governo Lula, a reestruturação interna do conselho significou um avanço em direção à definição da condição paritária na sua composição e, ainda, na instituição do processo eleitoral para o cargo de presidência. No entanto, a atuação limitada do órgão como instância decisória não foi de maneira alguma superada nesse último governo.

Outros dois órgãos que se fortaleceram após a constituição do SUS, especialmente devido ao processo de descentralização do sistema de saúde e do pacto federativo, são os de representação dos gestores municipais e estaduais de saúde.

A criação do CONASEMS como órgãos de representação nacional ocorreu após a existência de entidades congêneres em alguns estados, o que demonstra que, desde a década de 1980, um movimento local de secretários municipais já acontecia em prol da reforma sanitária.

Considerando a descentralização político-administrativa como a base do Sistema Único de Saúde, os conselhos de secretários municipais e estaduais passaram a atuar definitivamente como atores fundamentais no processo decisório da saúde.

A criação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) sintetiza um processo histórico que remonta à década de 1970, quando a Reforma Sanitária lançou as bases do que futuramente se consolidaria como movimento municipalista<sup>31</sup>.

Contemporâneo da Constituição Cidadã de 1988, o CONASEMS foi criado com a perspectiva de construir um sistema de saúde que garantisse amplo acesso aos cidadãos e que fosse gerido de maneira democrática por municípios, estados e União. Após 23 anos de existência, a história da entidade se confunde com a própria organização e consolidação do SUS, um processo que contou em todas as fases com a marca do CONASEMS.

Essa ativa participação não foi casual, já que a descentralização, de acordo com as diretrizes constitucionais do SUS, elegeu o município como peça-chave na formatação do novo sistema de saúde. Inserido nesse processo, o conselho ajudou a formular os critérios legais que orientaram a transição do modelo centralizador comandado pelo Governo Federal para o sistema descentralizado, que tinha como premissas a intervenção dos municípios e a participação da sociedade.

Já o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, constituída em 1982, ano da primeira eleição direta para governador após o regime militar. Todavia, após a constituição do SUS, o órgão passa a atuar com a finalidade de representar os Secretários de Saúde dos estados nos fóruns de deliberação do SUS, como decorrência da gestão compartilhada entre os três entes federativos na forma de organização do mesmo. Devido ao processo intenso de descentralização numa forte vertente municipalista, somada à indefinição do papel do Estado na condução do sistema, o CONASS,

---

<sup>31</sup> Entende-se por movimento municipalista de saúde a articulação e organização dos municípios brasileiros, em particular, dos serviços municipais de saúde por meio dos seus dirigentes e técnicos, na defesa da descentralização de recursos, poder e ações no setor de saúde. Este movimento inicia-se no final da década de 1970 (GOULART, 1996).

nos primeiros anos de implantação do SUS, atuou de forma coadjuvante nas decisões da política de saúde. A partir da Lei n. 8142, ele e o CONASEMS passaram a ter representação no Conselho Nacional de Saúde.

Assim, com o redesenho institucional do sistema de saúde e consequente fortalecimento dos níveis subnacionais de governo, esses atores governamentais provenientes dos estados e municípios, criam-se no âmbito do próprio CNS, instâncias federativas de gestão compartilhada, no sentido de ampliar o poder decisório das esferas subnacionais de governo sobre a gerência e operacionalização do sistema. Desde meados da década de 1990, essas instâncias de pactuação intergestores passam a atuar como *locus* principal de decisões da política de saúde, o que, concomitantemente, enfraquece o lugar central do conselho na arena decisória da saúde (CÔRTEZ, 2009).

Assim, desde 1993, os representantes dos conselhos gestores de secretários passaram a compor a CIT, fórum de pactuação no âmbito da estrutura do Ministério da Saúde. A CIT <sup>32</sup> foi criada pela NOB/91, por meio de uma medida administrativa, sendo que somente em 1993 passa a atuar efetivamente como instância colegiada de articulação, pactuação e negociação no âmbito do Ministério. A CIT é um mecanismo de operacionalização e regulamentação das políticas de saúde, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo: União, estados, DF e municípios. A partir de 2009, com o novo regimento interno, altera-se a composição paritária formada de 15 para 18 membros, sendo seis indicados pelo Ministério da Saúde, seis pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e seis pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e, não, por votação.

O espaço decisório da CIT é constituído pelo plenário, pela Câmara Técnica e pela Secretaria Técnica. A Câmara Técnica assessora o plenário nas discussões, é composta por oito grupos técnicos que discutem temáticas praticamente correspondentes àquelas de responsabilidade de cada secretaria do ministério. Cabe à CIT fortalecer o processo de descentralização, regionalização e pactuação, mediante o intercâmbio de informações com as esferas subnacionais por meio das CIBs.

---

<sup>32</sup>O Regimento Interno da CIT define as seguintes competências do órgão: participar da formulação e definição de diretrizes e estratégias para implementação das políticas no SUS, observadas as competências do Conselho Nacional de Saúde (CNS); promover a articulação, negociação e a pactuação entre os gestores das três esferas de governo, para a regulamentação e a operacionalização das políticas de saúde no âmbito do SUS; elaborar e aprovar instrumentos, parâmetros, mecanismos de implementação e regulamentações complementares para atuação das três esferas de gestão do SUS; promover e apoiar processos de qualificação permanente das CIBs; atuar como instância de análise e decisão dos processos de recursos dos estados e dos municípios, no que se refere à gestão e aos aspectos operacionais de implantação das normas do SUS (BRASIL, 2009).

No âmbito estadual, encontram-se as CIBs, criadas pela Norma Operacional Básica - NOB/93/MS, como fórum de pactuação entre os gestores estadual e municipal. A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde - SES e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o Secretário de Saúde da Capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

Os secretários municipais de Saúde, por meio de seus espaços de representação (COSEMS), debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Os COSEMS são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços. As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo.

Em 2009, a portaria n.2.670 aprova o regimento interno da CIT e ratifica o lugar ocupado pela comissão intergestores no processo de tomada de decisões do sistema de saúde, ao ampliar as competências dessa instância à participação efetiva na formulação e definição de diretrizes e estratégias para implementação das políticas no SUS, observadas as competências do CNS<sup>33</sup>.

Ainda nesse sentido de fortalecimento e institucionalização das comissões intergestores na condução da política de saúde, em 2010, um projeto de lei aprovado na Câmara dos Deputados e encaminhado ao Senado versa sobre a legitimidade formal desses foros, composto pela Comissão Intergestores Tripartite e Bipartite, como órgãos operacionais do sistema de saúde. Esse projeto de lei busca cercar as fragilidades ainda existentes em relação a esses espaços decisórios, lembrando que são regulados por normas administrativas, além de garantir recursos do fundo nacional de saúde, para auxílio do custeio de suas despesas operacionais. Essas iniciativas só vêm confirmar o espaço que as comissões passaram a ocupar no processo de tomada de decisões da política de saúde desde metade da década de 1990.

---

<sup>33</sup>A portaria de criação das comissões intergestores delimita a atuação desses fóruns ao objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões de gerenciamento e financiamento do SUS. A NOB 93 vem ratificar o papel das comissões intergestores que têm a finalidade de assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1993). No caso da portaria de 2009 que regulamenta o regimento interno, a competência das comissões intergestores é ampliada à participação na formulação e operacionalização da política de saúde (BRASIL, 2009).



Na perspectiva da produção de conhecimento e veiculação de ideais, e para aglutinação do pensamento crítico em saúde, foram criadas duas entidades: o CEBES<sup>34</sup> e a ABRASCO<sup>35</sup>, que tiveram um papel fundamental no processo de reforma sanitária (MENICUCCI, 2007). Esses órgãos exerceram, desde o movimento de reforma, um papel importante na formulação e disseminação dos princípios e valores que constituíram o SUS e representam a atuação da academia na condução da política de saúde no Brasil.

O CEBES, desde sua criação em 1976, atuou como espaço plural e não partidário, que tem como eixo principal de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. É uma entidade civil, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, de duração indeterminada, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro. Nesses mais de 30 anos de atuação como centro de estudos aglutinou profissionais e estudantes, e produziu conhecimento e reflexões acerca do sistema de saúde brasileiro, a partir de um envolvimento direto com as ações políticas do setor, seja em nível dos movimentos sociais, das instituições do País e do parlamento brasileiro. O CEBES teve um papel extremamente importante na condução do modelo de reforma sanitária que se pretendia para a reorientação do sistema de saúde no País. E, ainda hoje, a associação constitui um espaço de formação política de gestores, que ocupam secretarias em diferentes níveis de governo.

A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, fundada em Brasília, em 1979, e com sede no Rio de Janeiro, é uma entidade civil, de âmbito nacional, pessoa jurídica de direito privado, com natureza e fins não lucrativos. A associação destina-se a atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em saúde coletiva para fortalecimento mútuo das entidades-membro e para ampliação do diálogo com a comunidade técnica, científica e desta com os serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil.

Ao longo de seus 30 anos de existência, a ABRASCO investiu esforços para expandir e aprofundar conhecimentos, práticas e saberes de saúde pública. Consolidou-se como sociedade científica e núcleo de aglutinação para a formulação e viabilização de mudanças setoriais. A ABRASCO publica revistas científicas de destaque e realiza congressos com um papel fundamental na circulação de conhecimentos e práticas em várias frentes da saúde coletiva no País e com crescente repercussão internacional.

---

<sup>34</sup> Mais detalhes sobre o CEBES, disponível em: <<http://www.cebes.org.br>>

<sup>35</sup> Informações sobre a ABRASCO, disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>

Atualmente, mais de 15 instituições de ensino localizadas majoritariamente no Rio e São Paulo são associadas à ABRASCO, dentre elas, a FIOCRUZ, o Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), Centro Universitário SENAC, Faculdade de medicina de Botucatu, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Instituto de Medicina Social da UERJ, Fundação Getúlio Vargas, Universidade Católica de Santos, Universidade de Franca, Universidade de São Paulo (USP), a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), entre outras.

Em síntese, a *teia administrativa da saúde*, que delinea as conexões com o Ministério da Saúde na condução da política de saúde, após a década de 1990, é composta basicamente por órgãos vinculados diretamente ao poder executivo e a órgãos representantes da academia.

No âmbito federal, tem-se o CNS, como instância máxima decisória das políticas de saúde juntamente com as conferências, bem como o CONASS e CONASEMS, colegiados de representação dos secretários municipais e estaduais que compõem a CIT, fórum de caráter administrativo que atua como espaço de pactuação e negociação entre as unidades subnacionais e o Ministério da Saúde. E como organizações intermediárias estão o CEBES e a ABRASCO, entidades integrantes do movimento sanitário, representantes da academia na formação de um coletivo crítico sobre o sistema de saúde.

No tópico seguinte, buscar-se-á qualificar a relação entre o Ministério da Saúde e esses mecanismos de participação dentro da lógica da abordagem teórica assumida no presente trabalho.

### **5.1 Relação da teia administrativa com a burocracia do Ministério da Saúde**

Descrito o papel formal dos órgãos que compõem a teia administrativa da saúde, buscou-se qualificar as relações entre o ministério da saúde e essas instâncias a partir da percepção dos seus representantes. Pretendeu-se compreender se estes mecanismos colegiados e de pactuação atuam como fonte de informação e de consenso propiciadores de inovações e demandas para o setor. Para tanto, foram entrevistados o ex-presidente do Conselho Nacional de Saúde (gestão 2006-2010); a coordenadora da secretaria técnica da Comissão Intergestores Tripartite; o secretário executivo do Conselho Nacional das Secretarias Municipais - CONASEMS e do CONASS; o vice-presidente do CEBES; ABRASCO; o consultor do CONASEMS e ex-secretário da SAS. Os entrevistados discorreram sobre as relações de todos

os órgãos com o Ministério da Saúde, não se restringindo apenas à análise do órgão o qual representava.

De antemão, para o entendimento de como essas relações se consolidaram, deve-se considerar que a burocracia da saúde no nível federal está longe de um modelo weberiano meritocrático e, portanto, não dispõe de um corpo burocrático coeso e coerente conforme chama a atenção Evans (1995) como pré-condição para um engajamento efetivo entre o Estado e as forças societárias. A ausência de uma coesão interna burocrática abre procedência para relações de caráter mais personalísticos entre o estado e as redes societárias.

No que tange ao Conselho Nacional de Saúde e sua relação com o Ministério e os colegiados gestores, embora esse órgão seja reconhecido legalmente como uma instância máxima do processo decisório da política, esta relação é marcada pela existência de um clima de desconfiança e distanciamento, muito próximo àquele que caracterizou a atuação do conselho no período de transição para o sistema democrático, pautado numa posição anti-institucionalista e ainda de confronto direto com a forte tendência centralizadora dos gestores federais.

Segundo relato do representante do Conselho Nacional de Saúde, a relação entre os trabalhadores e usuários e gestores do SUS desde a constituição do sistema foi construída sob um clima de acusação e desconfiança, que se evidenciava nas conferências de saúde, reforçado por um perfil autoritário dos gestores e de desprezo aos órgãos colegiados. Como consequência disto, ainda existe certo distanciamento entre o CONASS, CONASEMS, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde. Embora nos últimos anos tenha havido uma aproximação do Conselho com os órgãos representantes dos gestores municipais e estaduais, em momentos de embates este acirramento vem à tona. Um exemplo ocorreu em 2010 quando os Conselhos iniciaram um enfrentamento com os estados que usavam e abusavam de organizações sociais na gerência do sistema, tais como São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, etc. instalando uma grave crise entre o CONASS e o Conselho Nacional.

Nas palavras do representante do CONASS a relação dos gestores com o Conselho Nacional de Saúde é bastante difícil. O Conselho utilizou o método de satanizar os gestores, gerando fortes conflitos, o que levou, em 2010, ao afastamento oficial do CONASS e CONASEMS do Conselho.

O descompromisso com a legislação do SUS, especialmente em relação ao papel dos órgãos de controle social, tais como os conselhos e Conferências Nacionais de Saúde, foi apontado como um dos problemas mais graves do sistema. Como afirma o representante do CNS.

“Muitas decisões ainda são tomadas ao largo do conselho. A regra passou a ser não cumprir as deliberações dos órgãos colegiados. Este discurso aponta para um papel formalizado, porém não institucionalizado do Conselho com os dirigentes do Ministério da Saúde”(Representante do CNS).

O representante do CNS aponta duas situações que ilustram decisões políticas tomadas a par do conselho:

“Primeiramente têm-se as UPAS, projeto apoiado pelo Conselho, mas que foi decidido no âmbito da tripartite, envolvendo uma soma vultosa de investimento e que está sendo implementado de forma equivocada. Outro exemplo refere-se ao Programa das Farmácias Populares, amplamente debatido no âmbito dos Conselhos, como um projeto inconstitucional, uma vez que sendo um programa público não poderia cobrar da população para ter acesso aos medicamentos. O governo novamente não acatou nenhuma decisão do Conselho e fez tudo ao contrário do que havia sido deliberado”(Representante do CNS).

Nesta mesma linha argumentativa, relatos demonstram que as inovações da política de saúde podem fugir ao lócus compartilhado de decisão, não só em relação ao conselho, mas também quanto às instâncias colegiadas e de pactuação, ao serem tomadas de forma autoritária entre o Ministro da Saúde e o Chefe de Estado. Segundo consultor do CONASEMS,

[...] “na questão do Programa Farmácia Popular, o marqueteiro deu a idéia para o Maluf e depois para o Lula. Profissionais sérios e competentes da área de farmácia fizeram o projeto e colocaram o copagamento (da proposta do marqueteiro) o que é inconstitucional; depois se justificavam que fizeram assim por exigência do palácio e do Ministro da Saúde. A esquerda amargará por ter feito o copagamento de um produto que já foi pago pelos cidadãos”(Consultor do CONASEMS).

De fato, o Conselho tem atuado de forma restrita, mediante a sua função de instância máxima decisória do sistema de saúde. No período de 1998 a 2002, houve um esvaziamento do Conselho e a transferência do papel de órgão de deliberação da política de saúde para a Comissão Intergestores Tripartite,

Conforme relato do representante do CNS:

[...] “neste período, o governo pôs em prática um processo de decisão que buscou extinguir com os Conselhos, isto só não aconteceu devido à presença de uma militância da saúde minimamente organizada. Nesta época, o ministro, então presidente do conselho não comparecia às reuniões e todas as pautas que deveriam ser debatidas no âmbito do Conselho foram direcionadas à Comissão Intergestores Tripartite. Os

grandes temas da política de saúde passaram a ser deliberados na tripartite. O Conselho nesta época foi esvaziado, suas deliberações não repercutiam no Ministério da Saúde e este movimento foi reproduzido nos estados”(Representante do CNS).

Reforçando a percepção de fragilidade do CNS como instância decisória, o representante da CIT, afirma que, teoricamente, o que o Conselho define é implementado, mas isso acontece apenas com algumas políticas. Nem todas as decisões do conselho são acatadas pelos gestores.

Um dos motivos apontados nas entrevistas que resultou neste esvaziamento do CNS refere-se à transferência do *locus* deliberativo da política de saúde para a Comissão Intergestores Tripartite.

De acordo com as normas vigentes das comissões intergestores essas arenas devem se submeter ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, contrariamente a essa diretriz, evidencia-se que o Conselho Nacional de Saúde tem sido deslocado do seu exercício pela atuação da CIT, que passa a deliberar sobre assuntos que não seriam da sua incumbência, passando, inclusive, a ser considerado espaço no qual se tomam decisões reais devido ao peso político e ao preparo técnico de seus membros e à agilidade na resolução de problemas de gestão (LABRA, 2006; LEVICOVTIZ, 2001; CÔRTEZ, 2009).

Evidencia-se, assim, uma ampliação do papel da CIT, que se transformou não apenas num mecanismo de pactuação dos aspectos operacionais do sistema, mas, sobretudo, no principal espaço de deliberação das políticas de saúde.

Veja-se o que afirma o representante do NESCON.

“Foram estabelecendo formas de fóruns e instâncias de negociação entre os gestores que de certa forma competem com os Conselhos de Saúde, que era o mecanismo pesado anteriormente. Mas uma coisa é você discutir com a sociedade civil, outra coisa é discutir entre os gestores que têm responsabilidade executiva. Os Conselhos não têm que se meter nas questões administrativas enquanto a definição das políticas, o monitoramento das políticas e a fiscalização do uso de recursos são atribuições do Conselho”(Representante do NESCON).

Ainda, buscando qualificar a relação entre o CNS e a CIT, assim relata o representante da CIT.

“Desde o governo Lula o Conselho busca se fortalecer como instância máxima de deliberação da política de saúde, mas ainda hoje se percebe uma zona de desentendimento entre os Colegiados Gestores e o Conselho. Os gestores ainda defendem a ideia de que a CIT é um espaço adequado para deliberar sobre determinados temas, sem a

necessidade de envolvimento do Conselho. Isto significa que apenas oficialmente os papéis do CNS e da CIT são claramente definidos, enquanto o Conselho responde pela definição das políticas a CIT busca pactuação entre os entes federados para operacionalizar estas políticas ( Representante da CIT).

O conflito entre a CIT, o CNS e a CIB e os conselhos estaduais apareceu claramente nos relatos, que chamam a atenção para a existência de uma posição autônoma da CIT nos processos decisórios da política de saúde. A CIT e a CIB estão integradas pela tecnoburocracia de primeiro escalão, o que lhes permite cumprir papel arbitral crucial nas complicadas negociações relativas à descentralização política, administrativa e financeira envolvidas no SUS. Entretanto, à medida que assumem maior número de decisões, é inevitável o surgimento de conflitos de competência com os conselhos de saúde, produzindo as típicas tensões entre política e burocracia na democracia (LABRA, 1998).

A representante da CIT ilustra, na sua fala, a inexistência de uma relação orgânica e sinérgica entre o CNS e a CIT.

“Existem assuntos da tripartite que passam ao largo do CNS e que deveriam ser aprovados pelo órgão colegiado. O mais grave é que as pautas dos dois fóruns são distintas, deveria ter uma sintonia, mas não tem nenhuma proximidade. Um exemplo foi a discussão forte sobre as fundações públicas de natureza privada no âmbito do Conselho e não foi reverberada na CIT. Por outro lado, políticas setoriais decorrentes das organizações sociais presentes no Conselho, ganham espaço no Conselho e não têm espaço na tripartite, tal como a saúde da população negra, e da população do campo e da floresta. Parece haver um equívoco de entendimento sobre o sistema, daqueles que coordenam o fluxo das políticas, tanto do Conselho quanto da CIT” ( Representante da CIT).

Além da perda de espaço político para a CIT, as entrevistas apontam uma disfunção interna na representatividade do Conselho Nacional de Saúde.

No período de 1990 a 2006, destaca-se um crescimento expressivo do número de conselheiros representantes das categorias de organizações profissionais e trabalhadores da saúde. Em 2006, somados os representantes de profissionais e trabalhadores da saúde, de entidades étnicas, de gênero e de portadores de deficiência, esse grupo contabilizava mais da metade dos votos no fórum. Há ainda de se mencionar que o protagonismo político no conselho dos representantes de trabalhadores da saúde fez com que esses conselheiros assumissem a direção política do Conselho Nacional de Saúde. Assim, organiza-se uma nova comunidade política na área da saúde que, embora se oriente pelos princípios fundadores do SUS, posiciona-se em defesa exclusiva de provisão de serviços públicos e de interesses de

categorias profissionais e trabalhadores da saúde, não médicos. Esse grupo faz uma forte oposição aos gestores, profissionais de saúde e acadêmicos identificados com o movimento sanitário, que lideraram o processo de reforma do sistema nos anos de 1980 e 1990, e que passaram a ser vistos como integrantes da ala que renunciou aos verdadeiros ideais reformistas (CÔRTEZ, 2009).

Diante dessa nova composição do CNS, os gestores e representantes de associações acadêmicas fazem uma crítica extremamente contundente e consensual em relação à atuação do Conselho Nacional de Saúde. Essa crítica recai basicamente sobre a sub-representatividade do Conselho e o aparelhamento do órgão por interesses corporativistas.

De acordo com o representante do NESCON,

“pensava-se que os Conselhos fossem um mecanismo importante de controle da burocracia ministerial. No entanto, os Conselhos foram muito aparelhados pelos interesses corporativos dos trabalhadores do sindicato. Tudo que ameaça ou que possa vir a ameaçar o sindicato dos trabalhadores da saúde não passa nos conselhos”(Representante do NESCON).

Ainda sobre essa discussão, o consultor do CONASEMS ressalta que o Conselho é emblemático, pois ele foi tomado de assalto pelos profissionais de saúde que se enfiaram imoralmente na representação de usuários e, hoje, são o grande grupo hegemônico no Conselho.

Um dos problemas estruturais do Conselho é o de representação: primeiramente a representação pífia de órgãos governamentais, a falta de representatividade de um subconjunto expressivo de trabalhadores e representação corporativa, inclusive sindical. Quanto à representatividade, o Conselho se transformou no arauto da defesa dos servidores públicos estatutários do SUS, reduzindo, assim, a sua capacidade de pautar políticas de saúde (BAHIA, 2011).

Além de graves problemas internos ao Conselho Nacional de Saúde, especialmente quanto à sua sub-representatividade e o aparelhamento dos interesses corporativismos no âmbito nacional, que geraram essa percepção uníssona sobre a falta de legitimidade e descrédito acerca da atuação do órgão, outro problema diz respeito à falta de engajamento do aparato estatal com essa instância decisória. De acordo com Côrtes (2009), o decréscimo do número de representantes governamentais no Conselho aponta para uma menor capacidade do fórum de influir nas decisões da política de saúde, o que, por outro lado, fortalece a transferência do espaço decisório da política para as comissões intergestores.

Nos últimos governos, é possível afirmar que não houve disponibilidade dos gestores no sentido de fortalecer os espaços colegiados, tais como o Conselho e as Conferências. Vale destacar que a presença do Ministro da Saúde nas reuniões do Conselho tornou-se fato raro, não apenas nas gestões dos partidos considerados conservadores, mas também nos governos que se autoneciam progressistas. Sabe-se que o envolvimento dos gestores confere maior poder às instituições participativas, ao aproximar o governo e a sociedade e criar chances reais de diálogo entre as partes (FARIA, 2010).

De um modo geral, o governo Lula diferencia do governo anterior por estar mais presente nesses espaços participativos. Segundo Avritzer (2007), no caso do Conselho Nacional de Saúde, no primeiro mandato do governo Lula, o ministro esteve presente em 91% das reuniões realizadas, ao passo que, no governo de FHC, o ministro participou somente de 14% das reuniões. Já, no segundo mandato, esta participação passou a ser esporádica. Se a idéia de sinergia aludida pressupõe o envolvimento de ambas as instâncias: governamental e societária, na construção de uma relação cooperativa que possa gerar maior desenvolvimento, a ausência da disposição dos gestores em participar do Conselho compromete claramente tal possibilidade.

No início do governo da presidente Dilma Rousseff, a candidatura e eleição do ministro da saúde Alexandre Padilha para a Presidência do Conselho Nacional de Saúde está sendo analisada pelos atores envolvidos com o setor como uma grande possibilidade de legitimidade e fortalecimento do órgão colegiado, considerando que a efetividade dos mecanismos de participação na saúde é diretamente vinculada ao comportamento dos dirigentes de incluí-los, ou não, na condução da política. O relato abaixo do presidente da ABRASCO reforça o argumento de que, uma conexão mais efetiva e sinérgica entre mecanismos de participação, tal como o conselho e os gestores da saúde, depende do grau de engajamento das agências estatais com estas instâncias.

De acordo com Facchini (2011),

“[...] a possibilidade de o Ministro Padilha assumir a presidência do CNS traduz-se em um reforço sem precedentes ao protagonismo do órgão. A exigência do Ministro de estar presente senão a todas, mas pelo menos na maioria das reuniões do pleno tornará o CNS uma das mais importantes arenas de deliberação em saúde no mundo e isso sem dúvidas será benéfico para o SUS. Os acordos e os consensos, os cronogramas e as ações aprovadas no CNS serão deliberados diretamente com o ministro e sua equipe, sem intermediações e mal-entendidos. Os trabalhadores de saúde serão beneficiados por esse encaminhamento, pois terão condições de dirigir os pleitos em favor da desprecarização do trabalho, da carreira, dos



salários e da educação permanente diretamente com o ministro” (FACCHINI, 2011).

Portanto, o que se verifica na saúde é que o engajamento do Estado depende fortemente de um empenho personalístico do Ministro da Saúde para a legitimação dos órgãos colegiados.

Sobre uma perspectiva sociocêntrica, o poder de controle dos governos sobre os conselhos de saúde recoloca dúvidas acerca das reais condições de eles virem a exercer sua vocação deliberativa. Geralmente a efetividade dessas instâncias participativas depende da importância que o projeto político partidário confere ao princípio da participação social.

Por outro lado, de acordo com o modelo de autonomia inserida de Evans (2004), o Estado é concebido como um agente mobilizador das organizações societárias. Mesmo diante da ausência de organizações civis consolidadas, o aparato estatal pode atuar no sentido de fortalecer essas redes societárias. No entanto, essa sinergia de esforços entre o Estado e a sociedade está diretamente vinculada à capacidade de coesão interna e estabilidade estatal.

Considerando que o modelo de Evans (2004) apresenta-se limitado na análise sobre a interferência de projetos políticos partidários na qualidade da relação entre Estado e sociedade civil, uma das possíveis explicações desse desenho de relacionamento frágil deve-se à falta de coesão e estabilidade interna do Ministério da Saúde que, de alguma forma, dificulta a manutenção de relações mais estáveis, sistemáticas e cooperativas com as redes societárias, tornando as relações mais sensíveis a características dos dirigentes que assumem o Estado.

Os conselhos e conferências embora almejem, de uma forma geral, objetivos coletivos similares aos do Estado, tal como a garantia da assistência à população, o que se verifica nas entrevistas e na literatura é que esses mecanismos de participação não dispõem de elementos fundamentais para a consolidação de uma sinergia com o Ministério da Saúde.

Primeiramente, a presença de um sentimento de desconfiança entre os órgãos, o que já de antemão constitui um obstáculo para a cooperação e remonta a uma atuação conservadora de ambos os lados, marcada pelo confronto entre o Estado e a sociedade civil, que teve sua relevância no momento da transição democrática e reorientação do sistema de saúde e que, no atual cenário, é pouco produtiva para gerar uma relação sinérgica entre a agência estatal e tais instâncias.

E, segundo, além dos problemas internos à organização do Conselho, a legitimidade desse mecanismo fica à mercê da disponibilidade de dirigentes que assumem o Ministério da Saúde, algo não percebido pelo menos nos últimos dois governos, embora, no primeiro mandato do governo Lula, o Conselho tivesse a sua função mais respaldada.

É claro que a existência de conselhos e conferências de saúde ilustra avanços democráticos na formalização de canais de participação social no desenvolvimento da política de saúde. No entanto, como já apontaram os estudos de Faria (2010) e Avritzer (2007), a efetividade desses mecanismos está fortemente vinculada à posição assumida pelos gestores frente a estes espaços. Isso significa que, embora formalizados como instâncias máximas decisórias, tal como se apresenta o CNS, a institucionalização deliberativa desse órgão não foi efetivamente consolidada no âmbito da política de saúde.

Conforme apontado por Evans (1995,1996), quando o Estado não dispõe de uma burocracia coesa e estável, tal como demonstrado no caso do Ministério da Saúde, as relações entre o Estado e os mecanismos de participação tendem a depender de apoio personalístico, o que justifica a relevância do Ministro da Saúde para a legitimidade do Conselho Nacional de Saúde.

A falta de uma articulação mais sinérgica entre o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério indica que a burocracia da saúde relaciona-se de forma débil com um importante mecanismo de inserção social, o que, sem dúvida, compromete a eficiência do Estado para conduzir a política do setor. No entanto, mecanismos administrativos internos à burocracia, tais como as comissões intergestores parecem, no caso da saúde, reduzir o impacto da fragilidade dos conselhos ao atuarem como fator de inserção social da burocracia do Ministério da Saúde no âmbito das unidades subnacionais.

Antes de se analisar a relação da CIT com o Ministério da Saúde, vale reiterar que a teia administrativa da saúde, diferentemente de conexões externas, tal como demonstrado nos estudos de Evans (1995, 1996, 2004), entre atores públicos e privados, no caso da saúde, essas conexões realizam-se mais intensamente no âmbito do aparato estatal. Um exemplo claro é atuação da CIT, órgão de pactuação entre o Ministério da Saúde e gestores municipais e estaduais, que, desde 1993, participa diretamente, não apenas das decisões operacionais do Sistema Único de Saúde, mas também do processo de formulação da política. Tanto as entrevistas quanto a literatura (GERSCHMAN E SANTOS, 2006; LEVCOVITZ, LIMA E MACHADO, 2001; MENICUCCI, 2004; CÔRTEZ, 2009) salientam que as comissões intergestores criadas no início da década de 1990 passaram a ser as principais arenas institucionais de tomada de decisões sobre a política de saúde no País. Isso significa que essas comissões reduziram de alguma forma o espaço de atuação dos conselhos. A partir da segunda metade da década de 1990, praticamente todas as questões que dizem respeito ao financiamento, à descentralização da estrutura de gestão do SUS e à operacionalização do

sistema passaram a ser discutidas nessas instâncias (LEVICOVTIZ, LIMA e MACHADO, 2001).

De acordo com representante do NESCON,

“a constituição e o fortalecimento da CIT foram progressivos. Na verdade, é o seguinte, quando você pega a época das primeiras homologações 1991, 1992, 1993, 1994, 1995 até metade da década passada, a Comissão Tripartite ainda era muito frágil, no começo ela nem existia, depois ela passou a existir sem muita formalidade. Depois formalizou, mas muito pouco, mas na verdade o que passava por ela não era muito, era só um resíduo. Bom, mas aí essa história muda muito na virada da década, sabe, na virada do século em que a tripartite vai começar a ser regulamentada mais intensamente, ela passa a ser ocupada com um sentido assim mais fortemente político pelos membros. Isso, inclusive, no Ministério da Saúde acaba que esses membros são muito dessa burocracia de escalão, de médio para baixo. Mas do ponto de vista dos estados e dos municípios, a presença na CIT passa a ser uma coisa estudada. A pessoa para ir à tripartite tem que ser muito bem articulado, é um técnico qualificado do escritório ou ele é um secretário assim que tem o que dizer. Geralmente é um presidente de CONASS e CONASEMS e acho até que é obrigatório que ele seja um presidente de COSEMS”(Representante do NESCON).

Segundo afirmar o representante do CONASEMS, a CIT representa um órgão efetivamente de pactuação em consenso entre os estados e municípios e o Ministério da Saúde. O representante do CONASEMS relata que, embora o ministro não participe das reuniões da CIT, não há como negar que a maioria das decisões operacionais do sistema passa por esse fórum de pactuação.

No âmbito da tripartite, verifica-se maior simetria de informações entre os integrantes, dada a estrutura organizacional dos conselhos de gestores e do próprio MS, que dispõe de equipes altamente capacitadas para conduzir as discussões no âmbito desse fórum.

O representante do NESCON chama a atenção para o fato de que o CONASS e o CONASEMS têm equipes técnicas muito competentes, que foram formando pessoas especialistas na negociação e eles têm gente que entendem e acompanham essa política. Então, tem-se uma estrutura burocrática criada dentro desses órgãos.

No entanto, a atuação do CONASS e do CONASEMS varia de acordo com cada gestão do MS. Embora se verifique maior equilíbrio de forças no âmbito da tripartite, características particulares dos gestores impactam a dinâmica da CIT. De um modo geral, o

Ministério dispõe de forte poder indutor das decisões políticas da saúde, especialmente pelo fato de ser o órgão que concentra o financiamento do sistema.

O representante do CONASS relata que a relação entre o MS e os conselhos gestores ainda não está totalmente consolidada, porque, no fundo, há um desejo do MS em fazer a dominação dos entes federados. Hoje, porém, tem-se uma relação orgânica, institucional e bastante madura.

Ainda no sentido de qualificar a relação entre o MS e os conselhos gestores, segundo representante da CIT,

[...] “o Ministério sempre exerce o papel de condução dos trabalhos da comissão, mas isto não significa necessariamente um maior poder decisório do Ministério sobre os demais representantes. As decisões com CONASS e CONASEMS é uma possibilidade de construção de negociação. Se o Ministério não apresenta um argumento forte para defesa da sua proposta, a discussão não tem acordo. O Ministério pode até publicar uma política ou processo à parte das decisões tripartite. E isto acontece muito. Inclusive, decisões que impactam na organização do sistema, nos estados e nos municípios e que não tiveram a discussão no âmbito da tripartite” (Representante da CIT).

O representante do CONASS destaca a importância da composição dos dirigentes do MS na condução, pactuada ou não, com os conselhos gestores, das decisões internas do setor.

“A composição do Ministério da Saúde é determinante para a relação entre o Ministério e os Conselhos Gestores de Secretários. Dependendo da condução que der o Ministro da Saúde, você tem uma relação de conjunto que pode ser negociada na CIT. Mas, por outro lado, se a equipe for fragmentada, a atuação dos conselhos de gestores se dirige por pactuações individualizadas dentro de cada um dos seus interesses. Portanto, a composição da equipe é determinante tanto para o CONASS quanto para o CONASEMS. A equipe que assumiu o Ministério em 2011 é bastante homogênea” (Representante do CONASS).

Ainda, segundo relato da representante da CIT,

[...] “tem períodos interessantes em que se discute o rumo que se pretende para o sistema, da necessidade de mudanças de questões estruturantes como financiamento, trabalhar a política de forma mais integrada. Na primeira gestão do governo Lula, espaço da CIT era mais democrático, de construção coletiva, mais político, discutia-se questões que impactavam na organização do sistema. Nos últimos três anos de governo, o espaço tornou-se muito burocrático, trabalhou minutas de portarias, de políticas fragmentadas, ao contrário de um espaço para discutir temas estruturantes do sistema. Depende da

característica dos gestores ou dirigentes, a dinâmica da CIT também é alterada”(Representante da CIT).

Outro fator que enfraquece o processo de pactuação entre os gestores e os dirigentes do MS no âmbito da CIT diz respeito aos diferentes graus de governabilidade dos secretários que estão diretamente vinculados à importância da pasta a qual representa. Isto significa que, no caso dos dirigentes que detêm maior poder político no âmbito do MS, há uma tendência de tomada de decisões ao largo do colegiado de gestores. No caso da Secretaria de Atenção à Saúde, não é raro a ocorrência de um trabalho desvinculado entre o grupo técnico, responsável por temas de interesses da SAS, e o plenário da CIT. O que reforça o fato de que nem todas as decisões do Ministério da Saúde são pactuadas com os órgãos colegiados.

A fala da representante da CIT ilustra claramente este ponto.

“A viabilização de demandas ou pautas dos grupos técnicos depende da inserção e governabilidade do secretário ao qual o tema se vincula, no âmbito do Ministério. Um exemplo é o grupo de atenção à saúde que está vinculado à SAS e, portanto, encontra-se sobre a influência do Secretário desta pasta. Às vezes, o grupo técnico trabalha descolado do plenário. Acontece de o Ministro conduzir o processo nos grupos técnicos. A SAS em determinados momentos conduziu suas discussões de forma autônoma e praticamente esteve ausente no debate da atenção à saúde na pauta da tripartite” ( Representante da CIT).

Diferentemente da simetria presente no ambiente de negociação da CIT, no âmbito das CIBs, verifica-se uma dinâmica bastante diversificada, dada a heterogeneidade da capacidade de gestão dos municípios e da sua relação com o Estado. Isso reforça o fato de que há fortes indícios de que o Ministério da Saúde continua exercendo um papel extremamente vigoroso na condução das políticas municipais via mecanismos de normatização e direcionamento das políticas locais. Geralmente, o fluxo de demandas dos estados e municípios ocorre via CONASS e CONASEMS, mas também acontece de ser enviado diretamente à Secretaria Técnica do CIT. Percebe-se maior fragilidade nos gestores municipais, considerando que o arranjo por consenso e negociação pressupõe gestores fortalecidos, cientes das suas competências. Todavia, no nível local, a discussão é permeada por interesses político-partidários e, não, pelo projeto da saúde, associado a uma baixa capacidade de resolver localmente os conflitos e propostas de superação de problemas.

Segundo destaca a representante da CIT,

[...] “nas CIBs, existem uma variedade enorme na dinâmica das comissões, que está diretamente relacionada com a maturidade dos

gestores, bem como à estruturação do sistema de saúde em cada região. Ainda existem municípios tutelados pelo Estado, nos quais a pauta das CIBs é esvaziada, ou vinculada apenas às discussões de nível nacional. Nestes casos, há pouca produção local de adequação da política nacional à realidade local, ou a pauta decorre da demanda do Ministério da Saúde, que tem uma ação normativa acentuada no sistema de saúde. Políticas que precisam de negociação e pactuação na CIB para serem implementadas pelo ministério. Assim, a pauta das CIB muitas vezes fica na dependência da norma ministerial ou das decisões tomadas no âmbito da CIT” ( Representante da CIT).

A partir do estudo, pode-se afirmar que a constituição de uma instância de pactuação no âmbito do executivo nacional, composta por representantes do Ministério da Saúde, dos conselhos de secretários estaduais e de secretários municipais representa um mecanismo extremamente importante no fortalecimento da burocracia federal da saúde, primeiro por compartilhar as decisões do Ministério com gestores que contam com uma equipe técnica e de consultores altamente qualificada e que trazem uma vivência das suas experiências locais e, ao mesmo tempo, garante a inserção social do Ministério no âmbito das unidades federadas. A CIT auxilia, tanto na normatização, quanto na profissionalização dos estados e municipais para a gestão do Sistema Único de Saúde.

O representante do CONASS ainda acrescenta que o processo de condução tripartite minimiza a descontinuidade das equipes do ministério, já que, na condução tripartite, a história está preservada, a condução daquilo que é decidido está preservado e, ainda, pelo fato de um só não poder alterar tanto, que há os outros dois para contrabalançar.

Se a CIT representa um dos espaços mais importantes de pactuação entre o Ministério da Saúde e gestores municipais e estaduais e, portanto, que permite de alguma forma a inserção social do Ministério nas esferas estaduais e municipais, isso não significa que todas as decisões internas são tomadas no âmbito desse foro. Mesmo contando com um grau de institucionalidade elevado no âmbito do MS, o exercício de negociação inerente a essa instância entre os gestores e o Ministério também é diretamente influenciado pela composição da equipe dirigente do MS. Quando o Ministério dispõe de uma organização interna mais coesa entre os dirigentes, a negociação no âmbito da CIT torna-se mais institucionalizada e menos dependente de articulações pessoais entre gestores estaduais e municipais e os secretários das diferentes pastas do Ministério. Por outro lado e considerando o caráter instável do quadro administrativo do Ministério, quando o Ministério se depara com um loteamento dos cargos dirigentes, tal como ocorreu em vários momentos da consolidação do SUS, inclusive no segundo mandato do governo Lula, a ausência de uma coerência mínima

interna ao órgão enfraquece as negociações coletivas e formalizadas no âmbito da CIT e ampliam-se as segmentações e relações personalísticas entre os representantes do CONASS e CONASEMS e o Ministério.

Sobre esse aspecto, o representante do CEBES afirma que

[...] “o Ministério usa da sua prerrogativa de órgão financiador do sistema para induzir um conjunto de políticas, que não é de natureza macro, mas, sim, num varejo enorme, a par dos fóruns de pactuação, acaba repercutindo na macropolítica. Falta uma legislação para assegurar melhor esta relação entre o Ministério e os órgãos colegiados tanto o conselho quanto a CIT. Não se esqueça de que o MS é que tem o dinheiro e a pactuação tem a hegemonia dele. Lembre-se que os dirigentes transitórios do MS têm uma equipe que sustenta seu trabalho e carrega o piano e, muitas vezes querem apenas responder com eficiência as demandas, sem questioná-las”(Representante do CEBES).

Críticas sobre a concentração de poder decisório no âmbito do MS ainda apareceram nas entrevistas, tal como afirma o consultor do CONASEMS.

“A administração do Ministério da Saúde continua essencialmente absolutista e autocrática, com honrosas e poucas exceções. Estados e municípios muitas vezes são apenas chamados a serem coadjuvantes em decisões periféricas, e menos na essência que seria o cumprimento puro e simples da lei. Inúmeras portarias ministeriais nem são discutidas na câmara técnica e muito menos na CIT. Mesmo as discutidas, muitas vezes, terminam com a voz do Ministério da Saúde será assim e não iremos discutir mais”( Consultor do CONASEMS).

Nessa direção argumentativa, o Ministério da Saúde também é criticado pelo representante do CNS por sua falta de engajamento no amadurecimento dos mecanismos de participação, prevalecendo uma cultura concentradora de poder na qual o governo federal, como exemplo que vem de cima, é muito decisivo nas subunidades federativas.

Apesar das críticas quanto à concentração de poder decisório no âmbito do MS, a maioria dos entrevistados afirma que a CIT representa de fato um ambiente sinérgico entre o MS e os gestores subnacionais. Esse foro tem favorecido a inserção social da burocracia do Ministério por constituir um canal de mediação, entre interesses municipais, estaduais e federal, e atuar como fonte de informação, inovação e consenso no sentido de fortalecer e gerar maior coerência à burocracia que conduz a política de saúde.

Ainda em relação às conexões estabelecidas entre a burocracia do MS e os canais societários, uma outra instituição que compõe a rede administrativa do SUS é a academia,

representada neste estudo pelo CEBES e ABRASCO. Essas associações exerceram um papel extremamente relevante na reorientação do modelo de saúde brasileiro, desde o período de transição democrático, seja na formação e disseminação dos princípios basilares do sistema, como na construção de uma cultura sanitária em prol de um modelo único de saúde. É possível afirmar que o movimento de reforma sanitária teve sua origem no ambiente acadêmico. Após a consolidação do SUS, a academia passa a exercer, segundo os entrevistados, um papel ambíguo com o Ministério da Saúde, entre o de parceiro e o de *expurgador*.

A parceria é destacada pelo papel assumido pela academia na coconstrução da política de saúde, viabilizada pelo posicionamento independente que permite um acompanhamento analítico e crítico da política, desenvolvido de maneira construtiva e transparente. Adicionalmente, vários projetos e pesquisas são desenvolvidos em conjunto com o Ministério da Saúde.

De acordo com os relatos de representantes do CEBES e do Ministério da Saúde, no processo de consolidação do SUS, a academia vem mantendo uma relação de parceria com o governo federal, porém não de uma forma regular.

Representante da CEBES define a relação da entidade com o ministério como uma parceria, com um posicionamento independente nas suas análises e críticas à política de saúde, já que não apresenta um vínculo formal com o órgão, mas ao mesmo tempo pautado nos temas que surgem no âmbito do Ministério. Busca desenvolver uma crítica construtiva sempre de forma transparente sobre a política de saúde.

A representante da CIT destaca que,

[...] “além de estar presente nas conferências, nos períodos de transição do Ministério, a academia discute com os candidatos inclusive os presidenciáveis. No dia a dia, há uma interface do MS com a academia no desenvolvimento de estudos e pesquisas que são apropriadas no sistema. Hoje, além de pesquisas epidemiológicas, há estudos sobre planejamento e gestão, organização dos serviços. Geralmente, a academia defende a concepção do estado como provedor do direito à saúde. A academia e os secretários prezam pela ocupação de técnicos que são defensores do sistema no âmbito dos dirigentes” (Representante da CIT).

Todavia, o representante do CEBES chama a atenção para o fato de que a composição dos dirigentes e as atitudes pessoais delineiam a relação entre o CEBES e o Ministério da Saúde.



“Quando o ministro Temporão assumiu o Ministério, por ele já ter sido integrante do CEBES, ficamos na expectativa de haver uma aproximação maior entre a entidade e o órgão, um trânsito mais fácil, inclusive na montagem do seu gabinete, algo que não aconteceu naquela gestão. Por outro lado, o ministro Alexandre Padilha já aponta uma relação diferente, o CEBES tal como outras entidades, foi convidado a fazer uma crítica mais próxima e aberta ao ministério” (Representante do CEBES).

Paralelamente, há uma percepção de que os órgãos vinculados à academia deixaram de exercer um papel relevante na condução da política do setor, seja pelo distanciamento do discurso acadêmico das necessidades reais do sistema, ou seja, pela própria despolitização desses atores. Não obstante, a academia é criticada pela sua posição de confronto imperioso em relação à condução do sistema.

Segundo consultor do CONASEMS,

“[...] a academia tem posições complicadas, pois não caíram no SUS real que é muito complicado... é preferível ficar falando sobre teorias, nomenclaturas, discussões profundamente descoladas da realidade se estivessem conosco não estaríamos formando os profissionais que formamos e não teríamos tantos problemas com RH como temos O problema central é que inúmeros militantes também pouco conhecem da lei... muito menos a academia”( Consultor do CONASEMS).

Destacando a tensão entre o MS e a academia, segundo representante do CONASEMS, se o SUS tem um caráter suprapartidário, a divisão mais evidente quanto às diretrizes do sistema encontra-se atualmente entre a posição da academia e dos gestores do MS. A academia está desenvolvendo uma crítica pesada contra o sistema.

Para o representante do CNS,

“ [...] a academia deixou de exercer um papel protagonista no debate sobre o sistema e no pensar das políticas tal como exerceu no período da reforma. A academia cometeu um equívoco de, ao invés de se integrar ao controle social, neste embate ideológico, se afastou subestimando o papel e a força dos conselhos. Na última conferência, uma das principais preocupações do Conselho era envolver a academia nas conferências, algo que também não acontecera nas últimas conferências. A academia passou a fazer uma crítica dura e injusta ao controle social, alegando que o Conselho estaria burocratizado, ensimesmado e dominado pelos sindicatos, pela ação corporativista”( Representante do CNS).

Parece correto afirmar que o grau de sinergia entre o Ministério da Saúde e as associações acadêmicas CEBES e ABRASCO, tal como os mecanismos colegiados de

participação, varia conforme a disponibilidade dos gestores que assumem o ministério em compartilhar com a academia a direção do SUS. No entanto, vale destacar que, de alguma forma, a academia sempre esteve representada no âmbito do Ministério da Saúde, por profissionais que ocuparam cargos estratégicos de secretários de saúde e até de ministros. Não se pode deixar também de mencionar que, independentemente de maior ou menor proximidade com o Ministério da Saúde, o CEBES e a ABRASCO permanecem disseminando informações e análises críticas sobre a política pública de saúde, ou seja, por meio de *sites* oficiais, publicações periódicas de revistas, desenvolvimento de pesquisas no campo da saúde, debates abertos em salas virtuais, elaboração de diretrizes para o sistema de saúde e, ainda, por meio de assento no Conselho Nacional de Saúde e participação nas conferências dentre outras.

É no campo da saúde coletiva que se trabalham as ideias herdadas da reforma sanitária, cabendo aos intelectuais e militantes desse campo a formulação de proposições que ajudem o SUS a se aproximar de seus princípios, num jogo complexo, em que existe uma tensão permanente entre saúde como direito do cidadão e saúde como mercadoria (FEUERWERKER, 2005).

Essas associações acadêmicas atuam de forma tangencial à ideia de isomorfismo normativo, que diz respeito ao processo de profissionalização por meio do qual estabelece uma base cognitiva e legítima para a autonomia das ocupações, no sentido de tornar mais similar os comportamentos e atitudes na condução da política de saúde. A homogeneização profissional respalda-se comumente na educação formal ou na legitimidade cognitiva produzida por especialistas universitários (DIMAGGIO e POWELL, 1983). Essa cultura sanitária disseminada pela academia é um fator extremamente relevante para a condução da política de saúde, visto que, mesmo diante da constatação de um enfraquecimento do movimento sanitário após a constituição do SUS, acadêmicos e gestores simpatizantes do movimento não deixaram de marcar presença nos espaços institucionalizados de gestão da política de saúde.

Portanto, pode-se identificar que, na ausência de uma burocracia típico-ideal – pois está ausente o elemento da relativa estabilidade nas carreiras – mecanismos isomórficos, em particular o normativo, desempenham um importante papel no campo organizacional da saúde, no Brasil. Neves e Helal identificaram algo semelhante no caso da principal política de transferência de renda do País: o Bolsa Família, no que diz respeito à forte presença do isomorfismo normativo, resultado da influência de uma cultura profissional. No caso do Programa Bolsa Família, os autores identificaram que as Normas Operacionais Básicas do

Sistema Único de Assistência Social (NOB-SUAS) estabeleceram exigências de profissionalização, em particular, pela contratação de assistentes sociais (a relevância das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde para a presente pesquisa será discutida, abaixo). A presença desses profissionais na ponta do SUAS – ou seja, nas Prefeituras – funcionou no sentido de uma homogeneização normativa das ações e procedimentos, em função da forte cultura profissional dos assistentes sociais. É verdade que, no caso do Programa Bolsa Família, a gestão da política conta com um importante papel da Caixa Econômica Federal – essa sim uma típica burocracia profissional – que ajuda na compreensão do relativo sucesso do Programa. Todavia, Neves e Helal (2007) argumentam que o isomorfismo normativo resultante da cultura organizacional dos assistentes sociais também estaria desempenhando um importante papel, principalmente para que o Programa obtenha relativo sucesso ao alcançar níveis baixos de ineficiência<sup>36</sup>.

Um ponto importante de diferenciação entre a cultura profissional dos assistentes sociais, no caso do SUAS, e a cultura profissional sanitária, no caso do SUS, é que, mesmo no nível municipal, os assistentes sociais são, de modo geral, concursados (contando, portanto, como aquele elemento típico de burocracias profissionais citado acima e que não se faz presente no caso da burocracia do SUS), ao passo que, no caso do SUS, esse corpo profissional formado por uma tecnocracia sanitária tem um caráter bem mais intermitente.

Por outro lado, como foi demonstrado acima, o nível de qualificação profissional dessa tecnocracia sanitária é extremamente alto (conta, de modo geral, com formação pós-graduada nas principais escolas de saúde pública do País), o que só reforça o peso da cultura profissional e do conhecimento produzido na academia, bem como do posicionamento dos acadêmicos com relação às políticas do setor, reforçando, assim, o mecanismo de isomorfismo profissional discutido acima.

A partir dos resultados encontrados na presente pesquisa, propõem-se, portanto, a hipótese de que, na ausência de uma burocracia ideal-típica, o papel que ela desempenharia na formulação e condução das políticas públicas - no modelo proposto por Evans, 1995) - pode ser ocupado por uma tecnocracia altamente profissionalizada, mesmo que faltem a ela elementos básicos das burocracias tradicionais, em particular, a estabilidade. Em outras

---

<sup>36</sup>O conceito de ineficiência do qual tratam os autores diz respeito à análise de focalização do Programa. Uma política social pode estar mal focalizada de duas formas, não excludentes: por vazamento e por ineficiência. No primeiro caso, a má focalização se daria pela inclusão, entre os beneficiários, de indivíduos fora do grupo alvo. No segundo caso, a má focalização se deveria à não inclusão, entre os beneficiários, de indivíduos do grupo-alvo. Para Neves e Helal (2007), a boa focalização do Programa Bolsa Família – evidenciada a partir de mensurações de diversas pesquisas citadas pelos autores – se deveria à atuação da Caixa Econômica Federal, ao passo que a baixa ineficiência se deveria, entre outras razões, ao isomorfismo normativo gerado pela forte cultura profissional dos assistentes sociais.

palavras, propõe-se a hipótese de que a autonomia relativa – que, segundo Evans (1995), seria um dos elementos indispensáveis ao sucesso de uma política pública – não necessariamente necessita da presença de uma burocracia tradicional para se fazer presente. O papel de controle social que advém da autonomia burocrática poderia, assim, ser compensado pelo isomorfismo normativo resultante de uma forte cultura profissional.

Finalmente, parece correto, também, afirmar que os mecanismos de participação social da saúde ficaram fundamentalmente determinados pelo desenho institucional do aparato estatal. Isto significa que a participação social atua praticamente como uma extensão da burocracia federal, ou seja, a teia administrativa da saúde encontra-se imbricada de alguma forma em mecanismos de pactuação internos ao Ministério da Saúde, tal como a CIT ou, de uma maneira menos consolidada, os órgãos híbridos de participação como o CNS. Esse tipo de relação entre o Estado e a sociedade civil representaria o segundo elemento fundamental proposto por Evans (1995), qual seja, a *inserção social*.

## **5.2. As normatizações da saúde como mecanismo gerador de estabilidade institucional e coesão na condução da política de saúde**

Outro elemento organizacional elucidativo do relativo sucesso da implementação do SUS diz respeito às normatizações elaboradas pelo MS no processo de descentralização.

As Normas Operacionais do SUS têm representado um importante instrumento de regulamentação do processo de descentralização, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios (SOUZA, 2001).

A emissão dessas normas justificou-se pela insuficiência de parâmetros operacionais embutidos no arcabouço jurídico legal do SUS, contido na Constituição de 1988 e nas Leis n. 8080 e n. 8142 de 1990. No entanto, vale destacar que a própria legislação do SUS atribui ao Ministério da Saúde, mediante portaria ministerial, a responsabilidade de estabelecer as condições de aplicação da Lei Orgânica da Saúde (MACHADO, 2007).

Ao longo da década de 1990, foram editadas quatro normas operacionais do Sistema Único de Saúde: as NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96 e, ainda, duas normatizações referentes às ações de assistência à saúde, sendo elas, a NOAS/2001 e o Pacto pela Saúde/2006.

Essas normatizações apresentam diferenças importantes no contexto em que foram formuladas, tanto em relação à intensidade do processo de negociação entre gestores para sua elaboração, quanto ao conteúdo normativo (LEVCOVTIZ, LIMA e MACHADO, 2001).

Embora haja uma crítica contundente sobre a concentração de poder na burocracia do Ministério da Saúde, especialmente da Secretaria de Assistência à Saúde, na condução desse processo normativo, vale ressaltar, que a partir da NOB 93, com a implementação efetiva das comissões intergerstoras tripartite e bipartite, a negociação entre o Ministério, os Conselhos de secretários estaduais e municipais, tornou-se mais intensa, o que reforça o argumento do estudo de que a inserção social da burocracia se dá de forma mais expressiva por meio da instância de pactuação intergestores.

Outro ponto importante é que, embora as NOBs reforcem o poder da regulação do executivo nacional do SUS sobre a própria descentralização e outros aspectos estratégicos para a implementação do sistema, conforme já mencionado anteriormente, a burocracia que conduziu essas normatizações foi formada por dirigentes que estiveram em trânsito no Ministério, muitos com experiências como gestores estaduais ou municipais, o que, de alguma forma, garante uma ponte de comunicação e representação dos interesses locais.

Segundo Mendes (2002 p.12),

[...] as normas têm períodos de gestação e de experimentação extensos; em parte, isso se deve à natureza dos mecanismos decisórios do SUS, as Comissões Intergestores. [...] Esse é um instrumento fantástico de compartilhamento e democratização de decisões num sistema público federativo, que tem se mostrado eficaz na experiência do SUS. Mas, por outro lado, a necessidade de formar permanentemente consensos, num sistema decisório do tipo ganha-ganha, leva a composições de interesses complexos que acabam por cristalizarem-se nos textos das normas.

Conforme já constatado anteriormente, as normatizações da política de saúde foram elaboradas por uma burocracia formada por profissionais que não eram de carreira. Alguns relatos afirmam que esses profissionais que ocuparam cargos de natureza técnico-política no Ministério, de caráter transitório, permitiram, de certa maneira, arejamento da estrutura interna ministerial.

Segundo ex-consultor do MS, na saúde é completamente diferente.

“Essas normas todas, elas desde a primeira que é a de 91 e 92 vai seguindo aí pela década afora até a NOAS, elas sempre foram feitas por uma burocracia que eu chamo de adventícia, isso virou tradição principalmente depois da redemocratização, depois dos anos 90 pelo menos. O Ministério da Saúde foi muito ocupado por funcionário que

não era de carreira. No caso da primeira NOB o dirigente era um cidadão, não tem até mais notícia dele chamado Ricardo Ackel que era um professor de clínica médica na Universidade Federal do Paraná. Na seguinte o Ministro era o Jamil Haddad e ele trouxe algumas pessoas, o Secretário de Assistência à Saúde era o Carlos Mosconi, ele era lá de Minas, aí depois virou deputado e o Mosconi foi substituído por um ex-gestor chamado Gilson Carvalho, que, por sua vez, reuniu uma equipe na qual não tinha absolutamente ninguém de carreira para iniciar, eram todas pessoas externas, então tem toda essa particularidade. Se você me perguntar como é que eu vejo essa burocracia? É uma burocracia curiosa é uma burocracia diferente das outras. Ela traz realmente um arejamento entendeu? De quem estava na gestão, quem estava dirigindo, o Secretário Municipal de Saúde, o Secretário Estadual de Saúde” ( Consultor do MS).

A entrevista acima do ex-consultor do MS evidencia, claramente, os dois elementos apontados por Evans (1995): de um lado, a autonomia burocrática, no caso do SUS, advinda do alto nível de profissionalização, de outro, um dos elementos de inserção social, resultante da rotatividade da tecnocracia sanitária entre os diferentes níveis da administração pública, esse *arejamento* apontado pelo entrevistado.

Em seguida serão apresentadas, de forma sintética, algumas características peculiares a cada normatização, ressaltando, sobretudo, o processo de negociação emergido em cada um dos momentos de formulação. Se, por um lado, as duas primeiras NOBs foram elaboradas de forma excessivamente insulada, no âmbito ainda do antigo INAMPS, situação reproduzida no próprio conteúdo das normas, por outro, as três últimas foram resultantes de processos de negociação progressivamente mais intensos entre os atores setoriais, particularmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, que demonstram o avanço no processo de descentralização do sistema de saúde (SOUZA, 2001).

Em relação à NOB-01, os avanços legais obtidos com a LOS não impediram que o presidente do INAMPS publicasse a normatização, subvertendo as definições da lei, e desconsiderando as manifestações do movimento sanitário (PAIM, 2007). As mudanças nos critérios e mecanismos de repasse dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo, em 1991, foram formadas, em sua essência, pela cultura político-institucional e pelo instrumental técnico-operativo utilizado tradicionalmente pelo INAMPS. A NOB 01/91 foi elaborada na contramão da Lei n. 8.080/90<sup>37</sup>, ao introduzir o convênio como instrumento para transferência financeira do INAMPS para estados e municípios, apoiada no argumento da

---

<sup>37</sup> A Lei n. 8.080/90 previa a transferência regular e automática de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais e estabelecia que metade dos recursos deveria ser distribuída de acordo com critérios demográficos, garantindo a igualdade *per capita* para 50% dos recursos destinados à saúde e à transferência regular e automática de recursos financeiros.

necessidade de estabelecer formas de aumentar a efetividade dos recursos repassados e de criar mecanismos de controle e avaliação. Sob essa normatização, os recursos assistenciais, ao serem *creditados* às unidades prestadoras, ambulatoriais e hospitalares, não podiam ser manejados diretamente pelos estados e municípios, limitando a capacidade de direcionamento do modelo assistencial a ser adotado nos diversos sistemas de saúde e a aplicação e adequação dos recursos repassados em relação às necessidades de serviços. Quanto à autonomia gestora das unidades subnacionais, estados e municípios se restringiram ao papel de entidades produtoras de procedimentos de assistência médica, condições similares às empresas privadas contratadas e conveniadas (CARVALHO et. al., 1993; LEVCOVTIZ, LIMA e MACHADO,2001).Restringiu-se o processo de descentralização político-administrativa da saúde, ao consolidar o município como um mero prestador de serviços, com pouca autonomia para organizar redes de atenção à saúde em seu território.

A alteração do critério de transferência automática, proposto pela legislação infraconstitucional, para o critério de transferência negociada para os municípios, prescrito pela NOB 01/91 e demais portarias publicadas em 1991 e 1992, aparece como uma das tentativas da União em voltar a centralizar a receita tributária (LEVCOVITZ,LIMA e MACHADO, 2001).

Constata-se, no entanto, uma estratégia de implementação de um projeto autoritário de descentralização, por meio da NOB 01/91, operada pelo governo (COHN e ELIAS, 2005). A NOB 01/91 marca a permanência de uma cultura institucional centralista e assistencialista do INAMPS.

Quanto ao processo decisório, a NOB 91 foi elaborada por um número reduzido de técnicos do próprio INAMPS, sem discussão com outros atores relevantes do setor de saúde (MENICUCCI, 1999; SIMÕES, 2004).

A elaboração da NOB 92, ainda no Governo Collor, introduz uma novidade no processo de tomada de decisões das diretrizes da política de saúde, ao considerar o consenso obtido entre Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, CONASS, CONASEMS e INAMPS sobre os termos da norma, além de ressaltar a necessidade de as três esferas gestoras do SUS pactuarem a cogestão, por meio do diálogo permanente entre MS, CONASS e CONASEMS.

Quanto ao financiamento do setor, a NOB mantém os mecanismos de pagamento por produção de serviços e a utilização do convênio como forma de repasse dos recursos. Todavia, a NOB 01/92 acena com um mecanismo bastante peculiar de incentivo e estímulo à descentralização, que são os FEM e FEGE (Fator de Estímulo à Municipalização e Fator de

Estímulo à Gestão Estadual), respectivamente, bem como o Pró-Saúde, o qual buscava a realização da gestão de referência regionalizada, referida na LOS, art. 7º, IX, "b". Tal Norma, contudo, não conseguiu tornar efetivas tais previsões, mas ampliou o número de municípios credenciados para gestão municipalizada da saúde para 1.074, mais que o triplo do obtido em 1991 (SIMÕES, 2004).

A condução da política de saúde no Governo Collor foi muito parecida com aquela verificada no período anterior à criação do SUS. Ainda, no final do governo Collor (fevereiro de 1992), denúncias de corrupção promoveram a saída do Ministro Alcení Guerra e a entrada de Adib Jatene. Frente à perspectiva de cassação de seu mandato, em 1992, o presidente Collor renunciou.

No governo Itamar Franco, medidas efetivas de reorganização do sistema foram tomadas, dentre elas, a extinção do INAMPS e a formulação da NOB em 1993. Verifica-se, então, uma rearticulação das forças políticas na cúpula da saúde brasileira, o que resultou numa maior participação de representantes que defendiam concepções municipalistas da saúde nos postos estratégicos do Ministério da Saúde (COHN e ELIAS, 2005).

Uma mudança na dinâmica interna do MS é evidenciada na elaboração da NOB/ 93, a qual teve como objetivo gerenciar o processo de descentralização no SUS nos moldes da LOS, tendo como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo. Concomitantemente, como iniciativa da presidência do INAMPS, ainda em 1991, foram constituídas instâncias de articulação e pactuação nas esferas federais e estaduais, tais como a CIT<sup>38</sup>, integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS. Este foro representou sem dúvida, um reconhecimento do espaço político conquistado pelos governos estaduais e municipais no âmbito da saúde que, até então, consistia numa política estritamente federal (MENICUCCI et al.1999). Nesse momento, os dirigentes federais que assumiam o MS eram claramente identificados com o movimento sanitário e, portanto, mais permeáveis às propostas de municipalização e fortalecimento do processo de descentralização do sistema se comparados aos gestores do governo Collor (CÔRTEZ, 2009).

---

<sup>38</sup>A CIT tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.



Vale destacar que a CIT, criada pela Portaria GM n. 1.180, de 1991, somente funcionou de forma efetiva a partir de 1993, época em que foram constituídas as CIBs<sup>39</sup>, pela NOB/93. Esses espaços de negociação intergestores (CIT e CIB) como fóruns de operacionalização das políticas, programas e projetos nacionais são instâncias criadas para atuarem como mediadoras entre as esferas de governo (nacional e subnacionais) visando à organização e funcionamento do sistema de saúde. Nesse sentido, os espaços de gestão da política ficam mais ampliados e o pacto torna-se uma condição para a deliberação e a execução de novas diretrizes.

A preeminência dos municipalistas na formulação da NOB/93 deveu-se à força do CONASEMS resultante de governantes que se encontravam no início do mandato, ao passo que o CONSASS contava com secretários em final de mandato, tornando-o enfraquecido e desmotivado. Também constatou-se que, naquele momento, a coordenação da SAS estava sob a responsabilidade de um municipalista radical indicado pelo CONASEMS.

Nesse processo, a burocracia do Ministério da Saúde incorporou não só demandas dos atores com potencial capacidade de veto à política federal (particularmente estados e municípios), como também a participação institucionalizada desses atores na formulação das regras federais (ARRETCHE, 2005).

Nesse mesmo ano, o INAMPS é extinto a partir da Lei n. 8.689/1993 que transfere as funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS para as instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Considerando que o INAMPS coordenou por quinze anos a política de centralização administrativa e financeira do sistema de saúde, responsável pela consolidação do modelo de atenção à saúde privatista e essencialmente médico, a ação político-institucional desse órgão, conhecida como *cultura inampsiana* perpetuou, de alguma forma, nas novas estruturas organizacionais da saúde. A grande resistência à extinção do INAMPS foi mobilizada pelo setor privado e esteve explícita na tramitação da lei de extinção no congresso nacional com a aliança que se constitui entre os auditores do INAMPS e os prestadores de serviços de saúde (PAIM, 2007).

---

<sup>39</sup>A Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e formalizada por meio de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. O Secretário de Saúde do município da capital será considerado membro nato desta Comissão.

Não é possível deixar de mencionar que a extinção do INAMPS e, conseqüentemente, a transferência das dotações orçamentárias do antigo INAMPS para o Ministério da Saúde reservaram ao MS um novo peso político dentro do Estado. Portanto, não é difícil compreender que, nos primeiros anos de implementação do SUS, instala-se uma tensão entre a manutenção da estrutura do INAMPS de caráter centralizador dentro do Ministério da Saúde e a proposta de descentralização, municipalização e controle social prevista pela Lei Orgânica da Saúde.

Extinguiu-se o INAMPS<sup>40</sup>, mas manteve-se a sua estrutura responsável pela assistência médica ao criarem a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). A SAS, segundo Arouca (1996), absorveu o recurso do INAMPS e perpetuou, durante um período, a forma de pagamento por procedimento, numa estrutura completamente arcaica, viciada e ultrapassada.

A NOB/96 mantém a definição de papéis entre os poderes federal, estadual e municipal, além de reforçar a capacidade de gestão dos municípios. Nesse momento, as transferências fundo a fundo são ampliadas para todos os municípios habilitados para as ações básicas. Essa NOB redefine os modelos de gestão instituindo critérios de enquadramento dos municípios mais avançados em sua estrutura e criando níveis de gestão Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal, para o qual deveriam convergir os municípios habilitados em gestão semiplena pela NOB 93. Para os estados são criados os níveis de gestão avançada e gestão plena (SILVA, 2000).

No que diz respeito aos pactos políticos que permearam a elaboração da NOB/96, de acordo com estudo realizado por Menicucci et. al. (1999), a demora de três anos para a publicação da NOB sugere a existência de profundas divergências na sua elaboração. Vale destacar que tal normatização demandou o maior número de portarias complementares para ser implantada, devido ao grau de imprecisão do seu conteúdo. Nesse cenário verificou-se a permanência de resistências dos antigos auditores do INAMPS ao aprofundamento da descentralização e à ampliação do repasse direto de recursos às unidades subnacionais. Constata-se também o surgimento de novas clivagens internas no próprio MS, assim como entre os diferentes atores institucionais do setor (MENICUCCI et. al., 1999). As divergências

---

<sup>40</sup> De acordo com a Lei n. 8689/93, fica extinto, por força do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nas Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal criada pela Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977, vinculada ao Ministério da Saúde. Parágrafo único. As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1993).

entre a SAS e a secretaria executiva interferiram diretamente na condução da política. Enquanto a primeira havia assumido, no período de 95/96, uma posição de maior controle das decisões políticas pelo nível central, como consequência de um movimento de re-centralização, a Secretaria Executiva se posicionou de forma a demonstrar maior disposição para negociar com o CONASEMS em direção ao processo de fortalecimento da descentralização.

As forças políticas mais relevantes na conjuntura do final do primeiro mandato do governo FHC eram, sem dúvida, representadas pelo CONASEMS e CONASS. Nesse período especificamente, o CONASS adquire um papel mais relevante na arena burocrática devido às funções previstas para o governo estadual no projeto de reforma do governo federal (PAIM, 2007).

O representante do NESCOM afirma que, “a NOB 96 ainda mantém um caráter municipalista forte, mas já começa a se preocupar com a opressão dos estados em tentar definir qual era o papel da instância estadual. E que isso vai tentar ser de certa forma resgatado com mais ênfase na NOAS 2001.

Ainda no segundo mandato do governo FHC, há uma retomada dos atores do movimento de reforma especialmente ABRASCO que, em articulação com o CONASEMS, reafirmam o compromisso histórico com a melhoria da condição de vida e da saúde da população, defendendo a saúde como política de Estado, numa posição de resistência às propostas de reforma do Estado que ameaçavam a reforma sanitária e o SUS (PAIM, 2007).

Embora se registrem avanços significativos advindos com a NOB/96, especialmente no que se refere à definição das competências das esferas de governo, a introdução de tetos financeiros por unidade subnacional gera maior precisão do gasto/receita. Por outro lado, não há como deixar de mencionar os problemas históricos que persistem no modelo, tais como: manutenção da concepção de descentralização tutelada pela esfera federal e operada estritamente por meio do financiamento, manutenção intocada da sistemática de remuneração por produção dos procedimentos hospitalares e, por fim, a indefinição das esferas de decisão (CIB/CIT) quanto às competências, resultando em funções de produção e regulação numa única instância (COHN e ELIAS, 2005).

Na primeira década do ano 2000, mais duas normas são elaboradas: a NOAS/01 e o Pacto para a Saúde/2006. Elas são diferentes das quatro primeiras por se direcionarem especificamente às ações da assistência à saúde. Segundo representante do NESCOM,

[...] “a NOAS busca resgatar o papel do nível estadual, ou seja, o papel de coordenação das políticas, das redes assistenciais. E depois, com o pacto 2006, pacto pela saúde essa coisa já começa a ficar vamos dizer assim, mais equilibrada do ponto de vista dos papéis. Então essas grandes regras, essas normas são todas negociadas são frutos de tenso e demorado processo de negociação eu acho que a NOB 96, 93, 6 a NOAS acho que menos, mas houve uma negociação com a CIT e com o Conselho Nacional de Saúde” ( Representante do NESCON).

De uma forma geral, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/01, estruturou três estratégias que transferiram o foco da municipalização para a regionalização: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), com a instituição de módulos assistenciais, micro e macrorregiões, e do Plano Diretor de Investimentos (PDI); o fortalecimento da gestão pública estadual e municipal e do comando único em cada nível de governo e a instituição de novos critérios e de novas formas de habilitação de estados e municípios (SOUZA, 2001). Essa normatização insere a esfera estadual no processo de implementação e condução da política de saúde até então de responsabilidade exclusiva dos municípios. Nesse sentido, as secretarias estaduais de saúde tornam-se responsáveis pelo processo de regionalização da assistência, visando maior otimização dos serviços de saúde por meio de uma atuação mais articulada, tanto em âmbito do planejamento, quanto da operacionalização entre os municípios.

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), elaboraram um documento denominado *Pacto pela Saúde*<sup>41</sup> no qual pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da Atenção à Saúde.

---

<sup>41</sup>O Pacto Pela Saúde ( 2006) se subdivide e contempla três grandes áreas:Pacto pela Vida; Pacto pela Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida [...] “é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades sanitárias que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira”(MS, 2006). Neste pacto, foram definidos seis tópicos: A Saúde do Idoso, Controle do Câncer do Colo de Útero e da Mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde e Fortalecimento da Atenção Básica. O Pacto em Defesa do SUS objetiva discutir o Sistema a partir de seus princípios para a efetivação do direito à saúde. Expressa o compromisso entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, tal como se apresenta na Constituição Federal. O Pacto de Gestão estabelece as diretrizes para a gestão do sistema quanto aos aspectos da Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. O Pacto de Gestão reforça as premissas da descentralização, da regionalização e da pactuação entre os gestores( BRASIL, 2006).

Esse documento, pactuado em 2006, reforça os mecanismos expressos na NOAS no que tange à regionalização como eixo estruturante do processo de descentralização do sistema de saúde, reafirmando a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão, planejamento regional e regulação (MS, 2006). Cria-se o Colegiado de Gestão Regional (CGR), mecanismo de pactuação intergestores, no âmbito regional constituídos com a participação de todos os gestores municipais da região de saúde e por representantes dos gestores estaduais, que deverão, juntos, definir as prioridades regionais e pactuar soluções, objetivando a organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutive.

Várias são as críticas dirigidas a esse mecanismo de regulação do Estado. Uma primeira associa a extensiva normatividade do SUS ao sentimento de desconfiança nos processos de descentralização e uma crença impiedosa nos mecanismos de planejamento e controle centralizados no âmbito do Ministério. Sobre a natureza coercitiva das NOBs, há autores que concordam que a construção do SUS foi realizada a *golpes de portarias* (MENDES, 1993; GOULART, 2001).

Como resultado processual dessa cultura regulatória surgem normas amplas e minudentes, nem sempre redigidas na melhor técnica legislativa, de altíssima complexidade e de difícil interpretação operacional. Enfim, verdadeiras catedrais burocráticas. O SUS vem sendo implementado através de movimento de incrementalismo lento expresso, operacionalmente, nas NOB's e, mais recentemente, na NOAS SUS 01/02 (MENDES, 2002 p.12).

Ainda, sobre a elaboração das normatizações da saúde, Mendes (2002 p.12) destaca que

[...] os redatores, em geral, são técnicos de alto espírito público e com grande intimidade com o SUS. Entretanto, falta, a muitos deles, um conhecimento mais aprofundado dos fundamentos da gestão dos sistemas de serviços de saúde, o que os aproxima da engenharia social. A simbiose desses engenheiros sociais com a máquina burocrática dificulta-lhes um distanciamento necessário para propor rupturas epistemológicas, às vezes imprescindíveis nos processos de reforma. Daí o processo de mudança pelo incrementalismo lento, onde os movimentos são contidos, de um lado, por um método excessivamente prudente de micro-alterações por tentativa/erro, e, de outro, pela inércia que a própria máquina burocrática impõe.

Existe uma gestão temerária no Ministério da Saúde onde se portartifica (legisla-se por portarias) contra a Constituição e leis (CARVALHO, 2010).

Um segundo ponto diz respeito à permanente crítica acerca da hegemonia do Ministério da Saúde na condução dos processos normativos especialmente da SAS. Segundo Mendes (2002), tanto a primeira NOB 91, quanto a NOAS/2001 derivaram respectivamente do INAMPS e da SAS.

Conforme afirma o ex-consultor do MS,

“a discussão de NOB sempre foi puxada pelas SAS você não tenha dúvida. O pacto não é um pacto da SAS, mas pode ter certeza até mesmo por que na SAS tem mais gente, tem mais gente qualificada, um secretário mais forte. Essa linha de política do ministério é dada pela SAS”(Consultor do MS).

No caso da saúde, as normas operacionais atuaram, de certa forma, como um simulacro isomórfico no processo de descentralização da política de saúde. O isomorfismo coercitivo resulta, tanto de pressões formais (leis regulatórias) quanto informais exercidas na organização por outras organizações das quais, de certa forma, experimentam certa dependência e, ainda, pela expectativa cultural advinda da sociedade dentro das quais funciona a organização (DIMAGGIO e POWELL, 1983). As NOBs agiram no sentido de padronizar as ações de procedimentos dos estados e municípios, bem como do próprio governo federal, o que, todavia, não deixa de atuar como um mecanismo de controle burocrático nas três esferas de governo (NEVES e HELAL, 2007; HELAL e NEVES, 2010).

Por fim, não há como negar que a descentralização traz um desafio para todos os níveis de governo. A magnitude e complexidade do SUS tornam absolutamente necessárias a existência de mecanismos de controle e de regulação. Diante desse cenário, as NOBs produziram um elemento organizacional que atua de forma similar ao insulamento burocrático. Esse arcabouço normativo minimizou os efeitos da estrutura burocrática fragilizada e pouco coesa do MS, na qual a memória do sistema não se reproduz pelo corpo administrativo que o compõe, dada a rotatividade dos profissionais que assumem, tanto a gestão, quanto os cargos puramente técnicos. Embora uma gestão baseada exclusivamente nesse mecanismo coercitivo possa restringir a iniciativa inovadora por parte dos gestores locais e da sociedade civil, eliminando, assim, a possibilidade de uma construção sinérgica entre o Estado, as esferas subnacionais e as redes societárias, por outro lado, diante da vulnerabilidade do aparato estatal, que não é exclusiva do nível federal, parece justo afirmar que as normatizações atuaram de forma mais positiva do que restritiva, como elemento gerador de estabilidade e continuidade na consolidação do Sistema Único de Saúde (EVANS, 1996).

Além disso, como se viu acima, o elevado grau de profissionalização dessa burocracia intermitente do MS permite um outro mecanismo isomórfico (normativo) menos rígido, mas que também funciona como instrumento de controle social, aliado à inserção social que a própria intermitência (além de outros processos) permite.

## 6 CONCLUSÃO

Esta tese buscou qualificar a estrutura do aparato estatal responsável pela formulação e coordenação da política de saúde após a década de 1990, a partir da análise da burocracia do Ministério da Saúde e as conexões do órgão com as forças societárias envolvidas com a temática.

O argumento analítico que orientou a investigação é o de que não é o excesso de burocracia pública a causa das ineficiências do Estado na condução das políticas setoriais, mas, sobretudo, a carência de um quadro administrativo coeso e meritocrático articulado com as forças societárias engajadas no setor.

A contribuição de Peter Evans para a análise da atuação do Estado na condução de uma política setorial tal como a saúde está na sua concepção institucionalista que supera o modelo de Estado racional insulado e, portanto, protegido das pressões societárias, ao construir o modelo de *autonomia inserida*, a partir do qual a estrutura do estado é analisada em conexão com as demandas sociais, como condição essencial para o alcance de desenvolvimento social. Esse modelo traz uma tônica analítica condizente com as transformações político-institucionais ocorridas após a abertura democrática, que possibilitaram o surgimento de novos padrões de relacionamento entre o Estado e a sociedade, mediados por um estado permeável às demandas societárias. Isso significa que uma abordagem dicotômica da atuação do Estado, que o analisa de forma polarizada entre a condição de insulamento e o clientelismo, restringe a possibilidade de apreender os novos formatos mais inclusivos e participativos da sociedade na condução das políticas públicas. O que não significa, de forma alguma, a supressão desses padrões de relacionamento tradicionalmente presentes no estado brasileiro.

Ainda no sentido de compreender a relação entre a estrutura do estado e o ambiente circundante, o conceito de isomorfismo desenvolvido por DiMaggio e Powell (1983) demonstrou que fenômenos advindos do ambiente podem produzir padrões comportamentais homogêneos no âmbito organizacional que geram estabilidade e coesão na estrutura burocrática.

Nesse sentido, a política de saúde contou com a influência de pelo menos dois mecanismos similares ao isomorfismo. O primeiro pode ser ilustrado pela condução adotada pelo MS do processo de descentralização da política por meio de normatizações de procedimentos que serviram de diretrizes comuns para as ações desenvolvidas nas três esferas



de governo. E, o segundo, pela presença da forte cultura sanitarista disseminada pelas associações acadêmicas CEBES e ABRASCO e também por grande parte dos dirigentes que assumiram o Ministério da Saúde.

O modelo de Peter Evans, embora limitado para uma análise pormenorizada acerca da influência dos desenhos político-partidários na relação entre o Estado e a sociedade, se mostrou extremamente profícuo para o entendimento da estrutura do estado que formulou e coordenou a política de saúde pós - 1988, chamando a atenção, tanto para os elementos formalísticos da burocracia, tais como o padrão de recrutamento e o grau de coesão interna do quadro administrativo, quanto para a relação da burocracia com os mecanismos de participação. Este estudo, ao colocar a estrutura burocrática do Ministério da Saúde como objeto de análise para compreensão da atuação do órgão na condução da política de saúde, possibilitou uma descrição qualificada, embora longe de ser exaustiva, da burocracia federal da saúde, até então pouco explorada nos estudos da área e, quando mencionada, vinculada a um discurso pejorativo, atrelado à visão do senso comum e, portanto, empobrecido analiticamente.

Conforme demonstram os dados empíricos, a gestão federal do SUS foi desenvolvida por um quadro administrativo extremamente vulnerável, quando analisado o padrão de recrutamento dos servidores da sede do Ministério da Saúde, bem como os processos de promoção interna do setor. Como primeiro indicativo desse cenário, observa-se um longo período, mais de duas décadas, no qual o Ministério da Saúde se manteve sem efetuar concursos públicos, fato este que explica o elevado número de servidores inativos, que somam mais de 60% do quadro de funcionários lotados atualmente no MS e, conseqüentemente, o grande número de servidores com vínculos instáveis com o Estado, seja via contratos temporários, seja via terceirização ou consultorias.

Somente a partir de 2005, os concursos são retomados, mas ainda em quantitativo insuficiente para a reposição do quadro de servidores no MS, especialmente na sua sede, *locus* de formulação e coordenação do sistema.

De uma forma geral, a coordenação e formulação do SUS no âmbito federal se deram por um quadro administrativo composto basicamente por servidores efetivos cedidos do antigo sistema previdenciário de saúde e de funcionários externos ao Estado, que assumiram cargos comissionados, especialmente os de coordenação e direção, somadas a um grupo mais técnico que dispunha de contrato temporário. No período entre 1990 e 2009, 69% dos servidores lotados na sede do MS eram compostos por funcionários externos ao Estado.

No caso específico da saúde, a empiria confirma que a ausência e não o excesso de uma burocracia weberiana no âmbito do MS foi apontada como um dos graves problemas na coordenação nacional da política de saúde. Além de gerar forte vulnerabilidade dos programas e projetos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde a cada mudança de gestão do setor, essa fragilidade vem impedindo a consolidação de uma memória institucional decorrente de um desconhecimento dos próprios funcionários acerca do processo histórico da política de saúde. Adicionalmente, a ausência de um plano de carreira estruturado e a preponderância de funcionários externos nos cargos de dirigentes e coordenadores resultaram numa desmotivação interna do quadro de servidores e, por conseguinte, numa relação conflituosa entre os servidores concursados e os profissionais externos que assumem cargos no MS.

No entanto, mesmo diante de um quadro administrativo extremamente vulnerável quanto ao padrão de recrutamento e promoção interna dos servidores, situação que, segundo Peter Evans, aproxima o Brasil do modelo de estado intermediário, com todas as consequências indesejáveis para a gestão estatal, a política de saúde ainda é reconhecida no País, após a consolidação do SUS, como um dos desenhos de política social mais bem-sucedidos. Não desconsiderando todos os impasses que o sistema enfrenta, tal como já mencionado no corpo do texto, os indicadores de saúde desde a década de 1990 demonstram uma melhora significativa na condição de acesso e qualidade dos serviços prestados à população brasileira. Vale ainda esclarecer que, embora a política de saúde tenha sido efetivamente implementada de forma descentralizada, com forte tendência municipalista, o Ministério da Saúde, gestor nacional do sistema, permanece com uma atuação bastante marcante na formulação e coordenação da política de saúde e, portanto, uma referência central para as subunidades federativas.

Os achados empíricos explicam parcialmente os avanços da política de saúde, não obstante, a presença de um aparato estatal caracterizado por seu baixo grau de coesão e de meritocracia no âmbito do Ministério da Saúde.

A pesquisa de campo demonstrou que o Ministério da Saúde, embora não disponha de um quadro de servidores estável, desenvolveu, no âmbito administrativo, estratégias que contribuíram para um aumento da capacidade do Estado e de sua autonomia na condução da política de saúde.

Uma primeira refere-se à relevância do critério técnico na composição dos cargos de secretários das duas pastas de maior peso político no MS: a Secretaria Executiva e a Secretaria de Atenção à Saúde. Tal fato leva a inferir que a presença de dirigentes altamente capacitados e, de alguma forma, inseridos na cultura sanitarista constituiu um mecanismo que

permitiu um relativo grau de autonomia da burocracia da saúde, condição fundamental para a gestão de políticas públicas. Sobre esse aspecto, vale destacar que, desde o processo de transição do modelo de assistência previdenciário para o SUS, atores fortemente envolvidos com a cultura sanitária assumiram postos importantes na burocracia, em cargos estratégicos do antigo INAMPS e, posteriormente, no MS, o que favoreceu a construção de certa coerência e identidade corporativa interna ao aparelho do Estado, o que auxiliou na estabilidade das novas estruturas institucionais para a consolidação do SUS.

Um segundo aspecto diz respeito à experiência em gestão municipal ou estadual dos dirigentes que assumiram as duas secretarias e, ainda, a presença de dirigentes vinculados à academia e aos órgãos de representação civil, o que permitiu certa vinculação dos secretários com as esferas responsáveis pela implementação do sistema de saúde. Ou seja, a mobilidade dos dirigentes que ocuparam as secretarias do Ministério da Saúde, em esferas de formulação, implementação e controle do sistema de saúde não deixa de constituir um mecanismo de articulação entre o ambiente interno do MS e os interesses subnacionais e societários do setor, além de favorecer a construção de uma cultura profissional que perpassa as diferentes esferas de atuação do governo e que, portanto, constitui um elemento organizacional gerador de estabilidade institucional na política de saúde. De acordo com Paim (2007), é difícil discriminar o movimento social de saúde, do movimento dos profissionais e dos gestores, pelo fato de estarem, de alguma forma, sempre muito imbricados.

Outro elemento organizacional que contribuiu para a estabilidade da política de saúde é identificado nas normatizações da saúde que atuaram de forma similar ao insulamento burocrático. Esse arcabouço normativo minimizou os efeitos da estrutura burocrática fragilizada e pouco coesa do MS, na qual a memória do sistema não se reproduz pelo corpo administrativo que o compõe, dada a rotatividade dos profissionais que assumem, tanto a gestão, quanto os cargos fundamentalmente técnicos. Embora uma gestão baseada exclusivamente nesse mecanismo coercitivo possa restringir a iniciativa inovadora por parte dos gestores locais e da sociedade civil, eliminando, assim, a possibilidade de uma construção sinérgica entre o Estado, as esferas subnacionais e as redes societárias, por outro lado, diante da vulnerabilidade do aparato estatal, que não é exclusiva do nível federal, parece justo afirmar que as normatizações atuaram de forma mais positiva do que restritiva, como elemento gerador de estabilidade e continuidade na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Reiterando o pressuposto do modelo de Peter Evans de que a eficiência do Estado não está vinculada somente à sua estrutura interna meritocrática, mas, sobretudo, à conexão da burocracia com as redes externas que atuam como fonte de inteligência e consenso na

condução das políticas setoriais, ao analisar a relação entre a burocracia do Ministério da Saúde e as forças societárias que compõem o setor, percebem-se alguns fenômenos que se tornaram particulares à consolidação do Sistema Único de Saúde. Cortês (2009) já havia destacada que a área da saúde, diferentemente de outras áreas, foi a que mais intensa e precocemente incorporou na estrutura do Estado os mecanismos de participação social.

Este dado foi confirmado na pesquisa empírica. Ao traçar a teia administrativa da saúde, constatou-se que os canais de participação do setor estão de fato inseridos no aparelho do Estado, tais como o Conselho Nacional de Saúde, as Conferências de Saúde, somados aos mecanismos internos à burocracia que atuam como *locus* de pactuação intergestores entre as esferas nacional, estaduais e municipais, no qual participam os representantes do CONASS e CONASEMS. As associações acadêmicas ABRASCO e CEBES são os únicos órgãos mais ativos na condução da política de saúde que não estão vinculados oficialmente ao MS, embora vários de seus associados tenham assumido cargos públicos estratégicos nas três esferas de governo. Esses órgãos também estão oficialmente representados no Conselho Nacional de Saúde e nas Conferências.

As associações acadêmicas atuam de forma similar à ideia de isomorfismo normativo, ao construir uma base cognitiva e legítima em relação ao modelo de saúde pública, no sentido de tornar mais similar os comportamentos e atitudes dos profissionais na condução da política de saúde. A cultura sanitarista disseminada pela academia é um fator extremamente relevante para a condução da política de saúde, visto que, mesmo diante da constatação de um enfraquecimento do movimento sanitário após a constituição do SUS, acadêmicos e gestores simpatizantes do movimento não deixaram de marcar presença nos espaços institucionalizados de gestão da política de saúde, atuando como mecanismo de coesão e profissionalismo no interior do Estado.

Ainda no que se refere à qualidade da relação entre a burocracia do Ministério da Saúde e os canais de participação, sejam os vinculados à sociedade civil, tais como o Conselho Nacional de Saúde, as conferências e as associações acadêmicas, bem como os internos a burocracia estatal, tais como a Comissão Intergestores Tripartite, o CONASS, o CONASEMS, as entrevistas revelam que embora esses espaços de articulação estejam oficialmente integrados ao desenho estatal, uma atuação mais efetiva desses órgãos ainda depende definitivamente de laços personalísticos com dirigentes que assumem o MS.

Embora o Conselho Nacional de Saúde seja oficialmente reconhecido como a instância máxima decisória da política de saúde, o estudo demonstra a falta de legitimidade e institucionalidade do órgão diante dos processos decisórios da saúde, especialmente devido

aos problemas de sub-representatividade do Conselho, do aparelhamento dos interesses corporativismos somados à falta de engajamento dos dirigentes do Ministério da Saúde com essa instância decisória.

A instabilidade da relação entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde reduz a possibilidade de troca sinérgica entre esses órgãos que deixam de atuar como importante canal de informação e demandas para as agências estatais e, por conseguinte, de ampliar a capacidade de respostas mais efetivas do MS.

No entanto, mecanismos internos à burocracia, tais como a CIT, têm assumido a função de intercâmbio e pactuação entre o MS e as esferas subnacionais, atuando no sentido de conectar o MS às demandas e necessidades de estados e municípios, *loci* responsáveis pela implementação da política de saúde.

Por fim, destaca-se que as principais contribuições desta pesquisa foram demonstrar primeiramente que uma forte cultura profissional advinda de um elevado grau de qualificação de técnicos e gestores pode compensar a ausência de elementos típicos das burocracias tradicionais. Em outras palavras, o isomorfismo normativo pode funcionar como um *cimento* institucional, colaborando assim para prevenir a *ferrugem* da sociedade (utilizando termos propostos por Elster (1989 e 1994). Segundo, ilustrar a aplicabilidade do modelo proposto por Peter Evans associado ao conceito de isomorfismo normativo de DiMaggio e Powell (1983), para o entendimento das políticas de saúde no Brasil. Sobre esse arcabouço teórico, vale destacar que o estudo traz uma leitura original sobre a relevância de mecanismos que emergem fora do Estado que atuam na profissionalização da administração pública, aumentando capacidade e autonomia estatais na condução de uma política social. Finalmente, deve-se ressaltar que não se espera aqui esgotar, com o modelo teórico aplicado, todas as variáveis e mecanismos explicativos do fenômeno empírico analisado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F.L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *RAP*, Rio de Janeiro, n. especial, p. 67-86, 2007.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA et al. (Orgs) *Saúde e democracia. Histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005

AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p.443-464, 2007.

AROUCA, Sergio. Entrevista. Disponível em: [http://www.bvsarouca.iciet.fiocruz.br/.../108entrevista\\_Sergio\\_Arouca\\_rev.\\_mang.doc](http://www.bvsarouca.iciet.fiocruz.br/.../108entrevista_Sergio_Arouca_rev._mang.doc). Acesso em: 10 de Out. 2010.

BAHIA, Ligia. Sobre o Conselho Nacional de Saúde: Notas para Debate. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/userfiles/file/abrascodivulga/2011/ligiabahia\\_14/02/2011](http://www.abrasco.org.br/userfiles/file/abrascodivulga/2011/ligiabahia_14/02/2011). Acesso em: 15 de fev.2011.

BECKERT, J. Agency, entrepreneurs, and institutional change. The role of strategic choice and institutionalized practices in organizations. Berlin: Organization Studies 1999.

BRAGA, J.C.S, PAULA, S.G. Saúde e previdência: estudos de política social. In. BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G (Orgs). Saúde e previdência: estudos de política social. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Decreto n. 4.682 de 24 de janeiro de 1923 - Cria em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país uma Caixa de Aposentadoria e Pensões - CAP para os respectivos empregados. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>

BRASIL. Decreto nº 22.872 de 1933. Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, regula o seu funcionamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22872-29-junho-1933-503513-norma-pe.html>

BRASIL. Lei ordinária nº 1920 de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e da Outras Providências. Disponível em: <http://br.vlex.com/vid/ordinaria-julho-cria-ministerio-saude-34055717>

BRASIL. Decreto de Lei n.200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal e estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del0200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm). Acesso em 20 fev. 2011.

BRASIL. Lei n. 5645, de 10 de dezembro de 1970. Estabelece diretrizes para a classificação dos cargos do Serviço Civil da União e das autarquias federais e dá outras providências. Disponível em: [www010.dataprev.gov.br](http://www010.dataprev.gov.br). Acesso em 20 fev. de 2011.

BRASIL. Lei n. 6.229, de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: < [www.jusbrasil.com.br](http://www.jusbrasil.com.br)>. Acesso em janeiro de 2011.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < [www.010.dataprev.gov.br](http://www.010.dataprev.gov.br)>. Acesso em 15 jan. 2011.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>. Acesso em: 15 jan. 2011.

BRASIL. Decreto n. 109, de 2 de maio de 1991. Aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: < [www6.senado.gov.br](http://www6.senado.gov.br)>. Acesso em 16 jan.2011.

BRASIL. Resolução INAMPS nº 258/91: editada em 7 de Janeiro de 1991, aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº01/91, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL. Lei Federal n. 8.689/93: editada em 27 de julho de 1993, dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, e dá outras providências. Brasília, DOU, 1993.

BRASIL. Portaria MS n. 545/93: editada em 20 de maio de 1993, estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.203/96: editada em 06 de novembro de 1996, aprova a NOB SUS 01/96, a qual redefine o Modelo de Gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema.

BRASIL. Decreto n 2.477, de 28 de janeiro de 1998. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>. Acesso em 13 jan. 2011.

BRASIL.Ministério da Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde. 2001

BRASIL,Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde*, Brasília, 2001.

BRASIL. Decreto n. 4.194, de 11 de abril de 2002. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <[www81.dataprev.gov.br](http://www81.dataprev.gov.br)> .Acesso em 15 jan. 2011.

BRASIL. Decreto n. 4.567, de 1 de janeiro de 2003.

BRASIL. Decreto n.4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura Regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível

em:<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222)>. Acesso em 10 mar. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conferências Nacionais de Saúde, 2008. Disponível em: <[http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfn?id\\_area=1041](http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfn?id_area=1041)> Acesso em: 26 mar.2011.

BRASIL. Decreto n.6.860 de 27 de maio de 2009. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília: DOU, 2009

BRASIL. Portaria n. 2.670, de 2009. Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101199-2670>> Acesso em 16 jan. 2011.

BRASIL. Decreto n.7.133, de 19 de março de 2010. Regulamenta os critérios e procedimentos gerais para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento das gratificações de desempenho e dá outras providências. Disponível em: <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>. Acesso em 09 fev. 2011.

BRASIL. Decreto n.7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em:< [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)> Acesso em 13 jan.2011.

BRASIL. Projeto de Lei da Câmara n.158 de 2010. Dispõe sobre as comissões intergestores do Sistema único de saúde e respectivas composições e dá outras providências.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Boletim Estatístico de Pessoal. 2010. Disponível em: [http://www.servidor.gov.br/publicacao/boletim\\_estatistico/bol\\_estatistico.htm](http://www.servidor.gov.br/publicacao/boletim_estatistico/bol_estatistico.htm)> Acesso em: 10 jan.2011.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *A sociedade estatal e a tecnoburocracia*. São Paulo: Brasiliense.1980.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma do estado nos Anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.1997. . *Cadernos MARE* nº 1.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Administração Pública Gerencial: Estratégia e Estrutura para um Novo Estado. ENAP nº 9. Brasília: ENAP. 1996. Texto para Discussão.

BRESSER-PEREIRA,L.C. O modelo estrutural de gerência pública. RAP, Rio de Janeiro v. 42,n. 2, p. 391-410,Mar./Abr, 2008.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Burocracia Pública e classes dirigentes no Brasil. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, v. 28, p. 9-30, jun. 2007

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Reforma do Estado para a cidadania. São Paulo: 34, 1998.



COHN, Amélia e ELIAS, Paulo. Saúde no Brasil. Políticas e organização de serviços. 6 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

CAMPOS, Edmundo. *Sociologia da Burocracia*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1976. p.154.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Outros dados em SUS: avanços e desafios*, Brasília: Conass, 2005.

CARDOSO, Fernando Henrique. *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

CARDOSO, A. Estado Novo e Corporativismo. *Locus. Revista de História*. Juiz de Fora, v. 13, n.2 p.109-118, 2007

CARDOSO, R. C. L. Os Movimentos Populares no contexto da consolidação democrática. In: O'DONNELL, G. E REIS, F. W. (Orgs.) *A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. Rio de Janeiro: Vértice, 1998.

CÔRTEZ, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema de Saúde. *Revista Sociologias*, Porto Alegre, n.7 Jan./June 2002.

CÔRTEZ, S.V et al. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societários. In: CÔRTEZ, S.V (Org) *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p.41-72.

COSTA, M.A.N. Sinergia e capital social na construção de políticas sociais: a favela da Mangueira no Rio de Janeiro. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n.21, Nov. 2003.

CROZIER, Michel. (1981), *O fenômeno burocrático*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

DiMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, v. 48, p. 147-160, 1983.

DINIZ, E. *O status do Funcionário no órgão e o Envolvimento na Organização*. Tese de Doutorado defendida na FGV). 2000.

DURKHEIM, E. *Da divisão do trabalho social* – Prefácio à segunda edição. Lisboa, Editorial Presença, 1977

ELSTER, Jon. *Peças e Engrenagens das Ciências Sociais*. São Paulo: Relumê Dumará, 1994.

ELSTER, Jon. *The cement of society: a study of social order*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

EVANS, P. Rueschemeyer, D. Skocpol, T. *Bringing the state Back In*. Cambridge University Press, 1985.

EVANS, Peter B. *State, Capital and the Transformation of Dependence: The Brazilian Computer Case*. *World Development* 14, n. 7 1986, 791-808.

EVANS, P. *O Estado como Problema e Solução*. Revista Lua Nova, São Paulo, n.28 e 29, p. 107-156, 1993.

EVANS, Peter. *Embedded autonomy: states and industrial transformation*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1995.

EVANS, P. Government Action, Social Capital and Development: Reviewing the Evidence on Synergy. *World Development*, v. 24, n 6, p. 1119-1132, 1996.

EVANS,P. Análise do Estado no mundo neoliberal: uma abordagem comparativa. *Revista de Economia Contemporânea*. n.4, p.51-84, jul/dez,1998.

EVANS, Peter. *Autonomia e parceria: estados e transformação industrial*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2004.

FACCHINI, Luiz Augusto. *Sobre Propostas e Eleições para o Conselho Nacional de Saúde*. Disponível em: <<http://www.saudecomdilha.com.br>>. Acesso em: 25 fev. 2011.

FARIA, C.F. *O estado em movimento: complexidade social e participação política no Rio Grande do Sul*. 2005, 275 p.( Tese de doutorado apresentada no DCP-UFMG).

FARIA, C.F. Fóruns participativos, controle democrático e a qualidade da democracia no Rio Grande do Sul: a experiência do governo Olívio Dutra (1999-2002). *Revista Opinião Pública*, Campinas, v. 12, n.002, nov. vol.12, n° 002, p.378-406, nov, 2006.

FARIA, C.F. Estado e organizações da sociedade civil no Brasil contemporâneo: construindo uma sinergia positiva. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v..18 n.36, jun,2010.

FEUERWERKER,L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Revista Interface*, Botucatu, v.9, n.18, p.1-18, Set./Dec. 2005.

FLEURY,S.A. A questão democrática da saúde. In: FLEURY (Org) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial,1997.

FLICK,Uwe. *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa*. São Paulo: Artmed, 2005

GALLO, E e NASCIMENTO, P.C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: FLEURY,S.(Org) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2 ed. São Paulo: Cortez,R.J:Abrasco,1995.

GASTÃO, Wagner. *Plano de Relatoria da 14ª Conferência Nacional de Saúde/2011*. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/index.html>>. Acesso em: 30 mar.2011.

GEDDES, B. Building “state” autonomy in Brazil, 1930-1964. *Comparative Politics*, v. 22, n. 2, p. 217-235, Jan.,1990.

- GERSCHMAN; S. e SANTOS, B.M.A. Borges dos Santos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Rev. bras. Ci. Soc.* São Paulo, v.21 n.61, June, 2006.
- GOULDNER, A.W. *Patterns of industrial bureaucracy*. Glencoe, Illinois: Free Press. 1954.
- GOULART, Flávio. A. A municipalização: veredas – caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, Conasems, 1996.
- GOULART, Flávio A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOB. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6,n.2,p.292-300, 2001.
- GOULART, Flávio A. A Burocracia e outros atores sociais face ao Programa de Saúde da Família: alguns apontamentos. *Revista APS*, v.9, n.2, p. 180-189, jul./dez. 2006
- HOCHMAN, G. A. Os cardeais da previdência social. Gênese e consolidação de uma elite burocrática. *Dados*, v.35, n.3, p. 371-401, 1992.
- HALL, Richard. *O conceito de Burocracia: Uma contribuição empírica*. In; CAMPOS. Edmundo (org) *Sociologia da Burocracia*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1976. p.29-47
- IBGE. Pesquisa por Amostra de Domicílios- PNAD – 2008 - Suplemento Saúde. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama\\_saude\\_brasil\\_2003\\_2008/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm) Acesso em: 12 jan.2011
- LABRA, E.L. Proposições para o estudo da relação entre política, burocracia e administração no setor saúde brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.4 n.1. Jan./Mar. 1988.
- \_\_\_\_\_. Análise de Políticas, Modos de policy-making e Intemediação de Interesses: uma revisão. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, RJ, 1999.
- \_\_\_\_\_. Política e Saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, n.2, p. 361-376, 2001.
- \_\_\_\_\_. Conselhos de Saúde. Visões “macro e micro”. Disponível: [www.estudospolíticos.pro.br](http://www.estudospolíticos.pro.br), 2006 Acesso em: 17 jan.2011.
- LEVCOVTIZ, E, LIMA LD, MACHADO C.V. Política de Saúde nos Anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva* n.6, v.2, p.269-91, 2011.
- LOUREIRO, Maria Rita e ABRUCIO, Fernando Luiz. *Política e burocracia no presidencialismo brasileiro: os casos da Fazenda, Educação e Transportes*. São Paulo, , NPP/EAESP/FGV, 1998. Relatório de pesquisa
- LOUREIRO, Maria Rita, ABRUCIO, Fernando Luiz e ROSA, Carlos Alberto. Radiografia da alta burocracia federal brasileira: o caso do Ministério da Fazenda. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 49, n. 4, 1998.
- LOUREIRO, Maria Rita (Orgs.). *O Estado numa era de reformas: os anos FHC*. Brasília: Ministério do Planejamento/Pnud/OCDE, 2002.

LOUREIRO, M.R et al. (org) *Burocracia e Política no Brasil. Desafios para o Estado democrático no século XXI*. Rio de Janeiro: Ed. FGV,329 p.2010

LUZ, Madel, *Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ-ABRASCO,2007

MACHADO, C.V. *Direito Universal, Política Nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Ed. Museu da República, 2007.504 p.

MALLOY, J.M. *A política de previdência social no Brasil: participação e paternalismo*. Revista Dados, v. 13,n.125 p. 139,1976.

MARTINS, Luciano. *Reforma da Administração Pública e cultura política no Brasil: uma visão geral*. Brasília: ENAP n. 8, 1997.

MARTINS, Humberto Falcão. *Reforma do Estado e coordenação governamental: as trajetórias das políticas de gestão pública na era FHC*. In: ABRUCIO, Fernando Luiz; MARTINS,F.H.(Orgs) *Burocracia e a revolução gerencial — a persistência da dicotomia entre política e administração*. *Revista do Público*. v. 4 n. 1 .Jan-Abr, 1997

MARTINS, Luciano. *Estado Capitalista e Burocracia no Brasil pós 1964*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

MARTINS, Carlos E. *Tecnocracia e Capitalismo. A política dos técnicos no Brasil*. São Paulo, Brasiliense, 1974.

MATTOS, P.T.L. *A formação do estado regulador. Novos estudos- CEBRAP*. São Paulo, n. 76 , nov,2006.

MENDES, E.V. *Reflexões sobre a NOAS/01*. Disponível em: <[www.saude.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc](http://www.saude.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc)>. Acesso em 10 abr. 2011.(2002).

MELO, Marcus André B.C., 1996. “Governance e reforma do Estado: o paradigma agente x principal”. *Revista do Serviço Público* 47(1):67-82. Brasília: ENAP.

MENICUCCI, T. M. et al. *A reforma do sistema de saúde no Brasil: descentralização como diretriz e igualdade como princípio*. 1999. (Relatório de pesquisa).

MENICUCCI, Telma. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ,2007.

MENDES, E.V. *Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02*. (Mimeo,2002 p.1-29).

MERTON, R et al. *Reader in Bureaucracy*. New York: The free press. Second printing. 1962

MERTON, R.K. *Estrutura burocrática e personalidade*. In: CAMPOS, E. (Ed.) *Sociologia da burocracia*. Rio de Janeiro: Zahar,1966. p. 96-110.

MERTON, R.K. *Social theory and social structure*. Glencoe, Illinois: Free Press. 1957.

MULLER,J.S. *Políticas de no saúde Brasil: a descentralização e seus atores* . *Rev. Saúde em Debate*.p.31,1991.

NASCIMENTO, V. B. *SUS – Pacto Federativo e Gestão Pública*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed. Santo André, SP: Cesco, 2007.

NEVES, J.A.B & HELAL, D.H. *Como pode dar certo? Insulamento burocrático, inserção social e políticas públicas no Brasil: o caso do Programa Bolsa Família*. In: FAHEL, M. e NEVES, J.A. (Orgs) *Gestão e Avaliação de Políticas Sociais no Brasil*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2007, p.29-50

NUNES, Edson. *A gramática política do Brasil: clientelismo, corporativismo e insulamento burocrático*. 4 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

OLSEN, Johan P. *Administrative Reform and Theories of Organization*, In Campbell, Colin S. J., Peters, Guy (eds.), *Organizing Governance: Governing Organizations*; Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, p. 233-254. 1988.

OLIVEIRA, J.A e TEIXEIRA, S.M . *(Im) Previdência Social*. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1985.

OLSEN, P. *Maybe it is time to rediscover bureaucracy?* Working Paper, No 10, march, 2005

PACHECO, R.S. *A agenda da nova gestão pública*. In: LOUREIRO, M.R et al. (Orgs). *Burocracia e política no Brasil*. Rio de Janeiro: ed.FGV, 2010 p. 183-218

PAIM, R. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Tese defendida na Universidade Federal da Bahia, set. 2007.

PIMENTA, L, A. *O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta*. *Rev. Saúde Soc.* São Paulo, v. 2, n.1, p.25-40, 1993.

PRATES, A.A.P. *Mercado e Política: a trajetória da política social brasileira*. *Revista Análise & Conjuntura*. v.6, n.1, jan/abr. p. 71-96, 1991.

PRATES, A.A. P. *Organização e instituição no velho e no novo institucionalismo*. In: PINA, M. C.; RODRIGUES, S. B. (Orgs.) *Manual de estudos organizacionais*. Lisboa: RH. 2002. p.63-74.

PRATES, A.A. *Administração pública e burocracia*. In: AVELAR & CINTRA (Orgs) *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer-Stiftung; São Paulo: UNESP, 2004.

PRATES, A.A. *Os Sistemas de Ensino Superior na Sociedade Contemporânea: Diversificação, Democratização e Gestão Organizacional - O Caso Brasileiro*. Tese de Doutorado: UFMG, 2005 p .248

POLIGNANO, M.V. *Histórias da Política de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão* ( mimeo) Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf> Acesso em: 15 jan. 2011.

REIS, Fábio Wanderley. *Weber e a política*. *Teoria & Sociedade* n. 12, jul-dez., p. 22

2004.

- RIBEIRO, J.M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Ciênc. Saúde Coletiva* Rio de Janeiro, v.14 n.3, Mai/Jun., 2009.
- SANTOS, Lenir, & ANDRADE, Luiz Odorico. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas ,SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado,2007.
- SANTOS. W.G. *Cidadania e justiça. A política social na ordem brasileira*. São Paulo: ed. Campus. p.140, 1979.
- SIMÕES, S.A.A. *A estrutura legal do Sistema Único de Saúde: breve esboço sobre o Direito Constitucional Sanitário*. Disponível em <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/index.php>>2004> Acesso em: 15 mar.2011.
- SILVA, L. M. V. et al..Algumas características do setor privado de saúde de Salvador, Bahia, Brasil .*Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro,v.13,n.4,p.701-709, out-dez, 1997
- SILVA, Ionara Ferreira. *O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 100 p.
- SCHWARTZMAN, S. *Bases do Autoritarismo Brasileiro*. Rio de Janeiro, 3º ed. Campus, 1988.
- SOUZA, M.C.C. *Estado e Partidos Políticos no Brasil, 1930 a 1964*, São Paulo, Editora Alfa-Omega, 1976.
- SOUZA, R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo, v.6 n.2, 2001.
- TENDLER, Judith. *Bom governo nos trópicos – Uma visão crítica*. Rio de Janeiro, 1998.
- SILVA, M.K et al. A dinâmica das relações sociais no Conselho Nacional de Saúde. In: Cortês, S.V (Org) *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.p.73-110.
- TEIXEIRA,S.M. *A Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro:Abrasco,1989.
- TEIXEIRA,S. F.& MENDONÇA, M. H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações .In: TEIXEIRA,S.F. (Org) *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro:Abrasco,1989.
- TONELLO, Daniel et al. *Cargos comissionados no Brasil: um panorama dos cargos de direção e assessoramento superior no atual contexto* ( mimeo).
- VAITSMAN,J. Corporativismo : notas para sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA,S.F (Org). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Rio de Janeiro:Cortez,Abrasco,1982.

WEBER, MAX. *Ensaio de Sociologia*. Gerth, H e Wright Mills (orgs). Rio de Janeiro. Ed. Zahar 1982.

WEBER, Max. *Parlamentarismo e governo numa Alemanha reconstruída*. 3 ed. Textos selecionados; traduções de Maurício Tragtenberg. São Paulo: Abril Cultural, p.16-83,1985.

WEBER, Max. *Metodologia das Ciências Sociais*. Tradução de Augustin Wernet. São Paulo: Cortez; Campinas-SP; Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

WEBER, Max. *Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*; tradução de Regis Barbosa; revisão técnica de Gabriel Cohn - Brasília-DF: Ed. Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999.

WEBER, Max. *O nascimento do Estado Racional*. In: *Economia e Sociedade*. Vol.2. São Paulo: Ed. UNB, 2004 p.517-580

WEBER, M. *Partidos e organizações partidária*. In: *Economia e Sociedade*. Vol.2. São Paulo: Ed. UNB, 2004 p. 544-580

WEBER, M. *O parlamento como órgão do Estado e o problema da publicidade da administração. A tarefa da seleção dos líderes* In: *Economia e Sociedade*. Vol.2. São Paulo: Ed. UNB, 2004 p.560-568