

Perspectivas das diretrizes do sistema único de saúde – sus frente aos pressupostos dos modelos de administração pública gerencial e societal

Volnei Gonçalves Pedroso¹

Vitória Kedy Cornetta²

Quésia Postigo Kamimura³

Introdução

Neste capítulo tem-se o intuito de apresentar as aderências das diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS frente aos pressupostos dos modelos de administração pública gerencial e societal, por meio de uma abordagem comparativa entre os antecedentes e as características de cada um dos modelos da administração pública. Observou-se a mudança de paradigmas na gestão dos serviços de saúde com a instituição de novos espaços de gestão dos serviços de saúde e com a consolidação dos espaços participativos por meio das Conferências de Saúde, dos Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores.

As diretrizes do Sistema Único Saúde, no tocante à origem, ao projeto político, à estrutura, à participação social e à gestão, estão em consonância com os pressupostos da administração pública societal, ao passo que, em relação à organização e administração, estão aderentes ao modelo de administração pública gerencial, visto que a gestão societal não apresenta proposta para a organização do aparelho do Estado.

¹ Mestre e Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

² Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Prática da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

³ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora do Programa de Mestrado em Planejamento e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté.

Modelo de administração pública gerencial

Para Paula (2005), o modelo de administração gerencial adotado no Brasil, fundamentou-se com a crise do papel do Estado ocorrido nas décadas de 1980/90, nos países da América Latina e Caribe, emergindo a necessidade de reformar o aparelho do Estado, que teve seu início no Reino Unido, no governo Margareth Thatcher, e nos Estados Unidos, no governo Ronald Reagan.

O ideário da administração gerencial no setor público ocorreu com base no conceito do empreendedorismo, reflexo do capitalismo flexível e se consolidou nas últimas décadas por meio da criação de um código de valores e condutas que orienta a organização das atividades de forma a garantir controle, eficiência e competitividade na administração pública.

O modelo gerencial passou a representar as necessidades das empresas e governos, transcendendo as matrizes histórico-culturais locais.

No Brasil, esse movimento ganhou força nos anos 1990 com o debate da reforma do Estado e o desenvolvimento da administração pública gerencial. A crise do nacional-desenvolvimentismo e as críticas aos modelos patrimonialista e burocrático do Estado brasileiro estimularam a emergência de um consenso político de caráter liberal, que se baseou na articulação das seguintes estratégias: a estratégia de desenvolvimento dependente e associado; as estratégias neoliberais de estabilização econômica; e as estratégias administrativas dominantes no cenário das reformas orientadas para o mercado.

Nesse contexto, a administração pública gerencial emergiu como o modelo ideal para o gerenciamento do Estado reformado pela sua adequação ao diagnóstico da crise do Estado realizado pela aliança social-liberal e por seu alinhamento em relação às recomendações do Consenso de Washington.

Luiz Carlos Bresser Pereira, indicado para o Ministério de Administração e Reforma do Estado - MARE, interessou-se pelas experiências de reforma de Estado adotadas pelos países centrais, especialmente Estados Unidos e Reino Unido. Ele pretendia, além de reorganizar o aparelho do Estado fortalecendo o núcleo estratégico do governo, reformar o modelo da administração pública vigente, buscando transformar a cultura burocrática do Estado em uma cultura gerencial, cuja gestão deveria ser explorada por administradores públicos com ideias e ferramentas utilizadas no setor privado, como os programas de qualidade e de reengenharia organizacional.

A nova administração pública se diferencia da administração burocrática por seguir os princípios gerencialistas, enfatizando o

profissionalismo e o uso de práticas da gestão do setor privado, além de adotar os seguintes pressupostos:

- Descentralização política com transferência de recursos e atribuições para os níveis regionais e locais;
- Descentralização administrativa com delegação de autonomia gerencial;
- Redução dos níveis hierárquicos das estruturas administrativas ao invés de estruturas piramidais;
- Confiança limitada;
- Controle com foco nos resultados ao invés do controle dos processos administrativos;
- Administração voltada ao atendimento do cidadão.

O modelo de administração pública gerencial apresenta novos paradigmas para a administração pública, rompendo com as estruturas centralizadas, hierarquizadas e tradicionais, e abrindo caminho para uma nova e moderna burocracia de Estado.

Pressupostos da reforma do aparelho do estado brasileiro

Wanderley (2000) conceitua globalização como sendo um processo crescente de mudanças que mundializa os mercados, as finanças, as informações, as comunicações, os valores culturais, criando um sistema de vasos comunicantes entre os países e continentes, rompendo os limites territoriais e continentais, que, segundo Marras (2005), infligiu uma nova ordem na relação capital-trabalho, contribuindo para que as organizações redesenhassem seus modelos de gestão. Além de romper e integrar fronteiras geográficas, criando, inclusive, o que se denomina “classe de proprietários ausentes”, isto é, organizações extraterritoriais com total independência e sem nenhuma responsabilidade com os poderes locais onde estão instaladas.

Para Bauman (1999), esta assimetria de poder tem trazido para as empresas um amplo raio de manobra, que se estende desde a possibilidade de flexibilizar as relações de trabalho e de produção de bens e serviços sem maiores dificuldades e conflitos até o fechamento de unidade produtiva, quando seus interesses deixarem de ser atendidos.

As consequências dessa liberdade do capital sobre o trabalho têm instrumentalizado governantes, principalmente, nas determinações políticas, suscitando o debate e discussão sobre o papel do Estado.

Na década de 1980, o Estado sinalizou o esgotamento da estratégia desenvolvimentista e da coalizção sociopolítica, que o sustentou durante anos e que se materializou na crise fiscal, no fracasso da estratégia

econômica de substituição de importações e na deterioração do aparelho do Estado, expressa por meio da deterioração cambial, da aceleração inflacionária de recessão e de ruptura de um padrão de crescimento apoiado na articulação solidária entre Estado, empresas nacionais e multinacionais (BRAGA, 1989; PEDROSO, 2008).

Esse cenário impôs a necessidade de reforma do Estado brasileiro. A lógica das reformas (fiscal, previdenciária e administrativa) refere-se muito mais a um acerto contábil do que uma discussão ética, filosófica ou política sobre o papel do Estado na sua relação com a sociedade.

Para Mendes (1999), a reforma do Estado admite pelo menos dois modelos alternativos: um que propõe um Estado mínimo, alicerçado pelo modelo neoliberal; e outro, apoiado no modelo de reconstrução do Estado, que enfrenta o déficit público, implementa reformas econômicas orientadas para o mercado, muda as políticas sociais para melhorar a qualidade e moderniza o aparelho do Estado para aumentar sua capacidade de implementar políticas públicas. O autor defende a alternativa que exige um Estado forte na sua capacidade de regulação e na condução das políticas públicas.

Porém, o Estado brasileiro optou pelo modelo de Estado mínimo com privatização e incentivo a mecanismos de regulação mercadológica para enfrentar a crise fiscal, caracterizada por crescente perda do crédito e poupança pública, no esgotamento da estratégia de intervenção do Estado e na forma de administrar o Estado, por meio de disfunções da burocracia estatal (BRASIL, 1997).

Segundo Bresser Pereira (1996), a reforma do Estado brasileiro deve ser entendida no contexto do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, para fortalecer a função de promoção e regulação.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado preconizado por Bresser Pereira (1997) redesenha o papel do Estado em setores, nos quais elaboram diferentes diagnósticos e proposições:

- Núcleos Estratégicos - corresponde o papel dos poderes Legislativo, Judiciário, Ministério Público e poder Executivo;
- Atividades Exclusivas do Estado - caracterizam-se pelos serviços que só o Estado pode realizar, como o papel de regulador, fiscalizador e fomentador;
- Serviços não Exclusivos do Estado - correspondem os setores onde o Estado atua simultaneamente com outras

organizações públicas não estatais e privadas, como: Universidades, Hospitais, Centro de Pesquisas e Museus;

- Produção de Bens e Serviços para o Mercado - corresponde à área de atuação das empresas estatais; são atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado, como as empresas do setor de infraestrutura.

A reforma do aparelho do Estado e setor saúde

Nogueira (1999) destaca que o conceito de reforma do Estado no setor saúde não pode ser reduzido apenas à vertente da reforma do aparelho do Estado, devendo ser entendido numa concepção mais ampla, qual seja a de que é constituído por um conjunto de questões relacionadas ao Estado e à sociedade civil. Destaca, ainda, o conceito de modernização que permeia as propostas de reforma do Estado, isto é, a criação de instituições flexíveis que respondam prontamente às mudanças do mercado e ao avanço da tecnologia e que favoreçam a inserção do país na nova ordem internacional.

Nogueira (1999) afirma que o futuro do sistema de saúde tem a ver com a aplicabilidade e os limites das flexibilidades que estão sendo adotadas para garantir o atendimento integral à saúde da população. Essas flexibilidades estão fundamentadas no instituto do contrato de serviços e, quando efetuados em larga escala, representam sinônimo de terceirização, em que a instituição pública transfere para outrem fazer em seu lugar. Salienta que há um tipo de relação contratual que tem longa tradição no sistema público de saúde no Brasil, especialmente com os hospitais privados e para viabilizar a Estratégia Saúde da Família.

No entanto, conforme discutido por Mendes (1999), o modelo de reforma do Estado adotado no Brasil deveria ter observado a perspectiva de reconstrução do Estado, estabelecendo, para tanto, políticas econômicas e sociais orientadas para a melhoria da qualidade de vida, espelhando-se no modelo de reforma sanitária realizada no setor saúde.

Porém, a reforma do Estado brasileiro proposta por Bresser Pereira (1996) considera as atividades desenvolvidas pelo Estado, na área da saúde, em duas dimensões: as atividades exclusivas do Estado, que correspondem às atividades de regulação e fiscalização; e os serviços não exclusivos do Estado, que correspondem aos serviços em que o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas, configurando, assim, uma dicotomia entre os papéis de execução e regulação, no tocante ao sistema de saúde.

O modelo de Organização Social em Saúde - OSS foi concebido como estratégia central do Plano Diretor da Reforma do Estado, com o propósito flexibilizar, de permitir e incentivar a transferência dos serviços públicos executados pelo Estado para as entidades da sociedade civil sem fins lucrativos (publicização).

A crescente absorção dos serviços públicos pelo terceiro setor vem sendo a marca das reformas do Estado nas democracias contemporâneas, surgindo, assim, um novo modelo de administração pública, baseado no estabelecimento de parcerias e alianças entre o Estado e sociedade civil. O propósito das Organizações Sociais em Saúde - OSS foi de proporcionar um marco institucional de transição de atividades estatais para o terceiro setor.

No Estado de São Paulo, o modelo de Organização Social em Saúde - OSS foi regulamentado por meio da Lei Complementar nº 146, de 4 de junho de 1991, que dispõe sobre a qualificação as entidades sem fins lucrativas como Organização Sociais em Saúde - OSS.

Para habilitação como Organização Social em Saúde - OSS no Estado de São Paulo as entidades sem fins lucrativos precisam:

- Comprovar a natureza jurídica da sua constituição e objetivos;
- Comprovar finalidade não lucrativa, com o compromisso de reaplicação dos excedentes financeiros nas suas atividades;
- Conselho Administrativo composto por: 10% de empregados eleitos; 35% com notória capacidade profissional e idoneidade moral e 55% atuando na entidade;
- Direção designada e dispensada pelo Conselho Administrativo;
- Contar com mais de 5 anos de experiência em serviços de saúde.

As contas das Organizações Sociais de Saúde - OSS devem ser aprovadas pelo Tribunal de Contas do Estado e pelo Conselho de Acompanhamento dos Hospitais, constituídos por membros da Sociedade Civil, Universidades e representantes da Assembleia Legislativa e do Conselho Estadual de Saúde, que tem como objetivo controlar e fiscalizar as ações das entidades contratadas, na perspectiva de garantir transparência e controle dos gastos públicos.

O monitoramento e avaliação das Organizações Sociais em Saúde - OSS devem ser efetuados pelo gestor do sistema de saúde. Para tanto, é necessário estabelecer novas competências para estruturação de regulação e controle dos serviços prestados pelas entidades contratadas.

Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS

No Brasil, até a promulgação da Constituição Federal de 1988, havia sistema de saúde com aspectos e características baseados no modelo Bismarckiano, sistema alemão do final do século XIX, concebido por Otto Van Bismarck. Este sistema apoiava-se em cotizações financeiras entre os trabalhadores e empresas. A assistência à saúde era um direito somente dos trabalhadores filiados ao sistema de Previdência Social e de seus familiares, o que representava não mais de 25% da população brasileira. Parte representava apenas uma pequena parcela da população, que desembolsava diretamente os recursos financeiros para ter acesso à assistência, e o restante dependia de serviços filantrópicos e de caridade, exercido pelas Santas Casas de Misericórdia (FORTES; ZOBOLI, 2005).

A saúde na Constituição Federal de 1988 é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte do capítulo da seguridade social, confirmada em seu artigo 196 que diz:

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.

Dessa forma, o país realizava uma opção baseada no direito à saúde, garantindo a todo cidadão brasileiro, com acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços de saúde.

A Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, destacou, ainda, a relevância pública das ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente pelo poder público ou através de terceiros, e também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Portanto, a participação das instituições privadas poderia se dar de forma complementar, observando, portanto, as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, conforme disposto nos artigos 197 e 199 da Constituição Federal.

Dessa forma, a partir de 1988, o Sistema Único de Saúde - SUS brasileiro passou a seguir o modelo baseado no Beveridgiana, cujo exemplo pode ser encontrado no sistema de saúde inglês da década de 1940, marcado pela noção de direito à assistência à saúde, pela cobertura universal, pelo

financiamento através de tributos, prestação mista dos serviços (público e privado), controlado e regulado pelo Estado (SOARES, 2007).

Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, comentado por Carvalho (2013):

Universalidade - quer dizer o direito à saúde, o bem-estar e a felicidade, que deve ser de todos: pobres, ricos; empregados, desempregados; quem tem plano e quem não tem plano da saúde. Universalidade significa “*Para todos*”;

Igualdade - igualdade na saúde significa não discriminar a prioridade e a qualidade da atenção. Todos os cidadãos têm igualdade de acesso às ações e serviços de Saúde. Sem discriminação, com acesso nem tratamento diferenciados para problemas iguais. A igualdade não praticada pode transformar-se em desigualdade e iniquidade, movida por dois grandes problemas: o poder econômico-financeiro e o tráfico de influências;

Equidade - é a igualdade adjetivada pela justiça. Na saúde, o conceito de equidade é entendido como: tratar diferentemente os diferentes e igualmente os iguais;

Integralidade - na saúde o conceito de integralidade deve ser entendido em dois aspectos, quais sejam: pela necessidade de ver o ser humano como um todo “ser integral”, como resultado do contexto social e não apenas como um somatório de órgãos e aparelhos e por outro lado, as ações de saúde devem abranger enfoques da promoção, da proteção e da recuperação da saúde;

Descentralização - segundo o Glossário do Ministério da Saúde do Projeto de Terminologia da Saúde, descentralização é “redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados (União, Estados e Municípios), com ênfase na municipalização e regionalização com gestão única em cada esfera de governo”;

Hierarquização - Atenção básica deve ser entendida como porta de entrada do sistema de saúde, por exigir procedimentos de menor complexidade tecnológica, porém da mais alta complexidade de saber e práticas de saúde, seguida pela atenção secundária, terciária e quaternária;

Controle Social - visa à atuação de setores organizados na sociedade civil, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais as demandas e aos interesses. Participação da comunidade (usuários, trabalhadores e gestores) na gestão dos serviços de saúde, por meio das Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde e dos Conselhos Gestores de unidade de saúde.

O Sistema Único de Saúde foi resultante da efervescência política ocorrida no Brasil no final da década de 70, decorrente da organização do movimento pela reforma sanitária, que congregou movimentos sociais,

intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo “médico-assistencial privatista” para um sistema nacional universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade.

O SUS foi regulamento pela Lei nº 8.080/90, que disciplinou sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências correlatas, e pela Lei nº 8.142/90, que orientou a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para área, configurando-se, assim, na Lei Orgânica da Saúde, que estabeleceram as diretrizes operacionais do sistema.

Carvalho e Santos (1995), na apresentação da publicação “Sistema Único de Saúde - Comentários à Lei Orgânica da Saúde”, ressalta que, dentre as políticas públicas, uma das áreas onde o progresso tem sido mais evidente é a da saúde, pois supera a concepção individualista, que reduzia os cuidados de saúde ao oferecimento de serviços médico-hospitalares, acessível aos mais ricos, por serem capazes de pagar por eles, mas oferecido precariamente aos mais pobres, como um favor do Estado.

Mendes (1996, 1999), nos textos: “Uma Agenda para a Saúde” e “O Sistema Único de Saúde: Um Processo Social em Construção”, caracteriza o sistema de saúde brasileiro como sendo um sistema plural, complexo e em construção, que não teve início em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios e diretrizes, nem deve ter um momento definido para o seu término, e se dá em ambiente de diversidade, em diferentes representações de interesses sociais e de diferentes hierarquias, quais sejam, o político, o cultural e o tecnológico, sendo composto por três subsistemas: o subsistema público constituído pelos serviços estatais prestados diretamente pela União, Estados e Municípios e pelo setor privado conveniado ou contratado; o subsistema de atenção médica supletiva, que é um sistema privado constituído pelas empresas operadoras de medicina de grupo e o subsistema de desembolso direto, que trata do pagamento efetuado diretamente os serviços e profissionais de saúde.

O modelo de administração pública societal

O modelo de administração pública societal está relacionado à gestão democrática e participativa. Portanto, pode ser compreendida como um processo gerencial dialógico no qual a autoridade decisória é compartilhada entre os participantes da ação, em que todos os atores sociais têm direito vez e voz, sem nenhum tipo de coação.

A administração pública societal está ligada à mobilização da sociedade por reformas ocorrida no país na década de 1960. Após o golpe de 1964, essas mobilizações retornaram na década de 1970, período no qual a Igreja Católica catalisou a discussão de problemas coletivos nas Comunidades Eclesiais de Base - CEB (PAULA, 2005).

Esse ambiente estimulou a mobilização em torno de questões que afetavam a qualidade de vida da população como: transporte, habitação, abastecimento de água, saúde, saneamento básico, custo de vida, desemprego e repressão política.

Ferreira (1991) aponta que, na esteira desses movimentos, surgiram as primeiras experiências que tentaram romper com a centralidade e a forma autoritária do exercício do poder na administração pública, atingindo ápice na década de 1980, no momento da elaboração da Constituinte, quando diferentes forças políticas ofereçam respostas para formular um novo referencial entre Estado e sociedade.

Nesse contexto, multiplicaram-se as mobilizações reivindicando cidadania e maior participação da sociedade civil na condução das políticas públicas e na definição da agenda política, criando, para tanto, instrumentos de controle social.

Ao longo dos anos 1990 essas experiências se manifestaram de forma fragmentada, demandando, portanto, de um projeto político mais abrangente para o Estado e sociedade, que contemplates um novo modelo de desenvolvimento para o Brasil, uma proposta de reorganização para o aparelho do Estado e uma visão de gestão pública alternativa a administração gerencial, emergindo, assim, o modelo de administração pública societal.

No entanto, a administração pública societal ainda é um projeto em construção, pois a aliança que o sustenta se encontra em processo de consolidação. Mas a expectativa de que essa nova abordagem de gestão pública se tornasse a marca do governo federal não se concretizou. Até o momento, o que se observa é uma continuidade das práticas da administração gerencial. A vertente societal não é monopólio de um partido ou força política, nem apresenta consenso da vertente gerencial em relação aos objetivos e características de seu projeto político (PAULA, 2005).

O modelo gerencial

A administração pública gerencial se coloca como modelo alternativo de superação da crise fiscal e dos modelos burocrático e patrimonialista, cujo foco estava fundamentado nos controles e não nos resultados da administração pública, emergindo, portanto, a necessidade de

reformat o aparelho de Estado, inspirada nas experiências do Reino Unido e dos Estados Unidos.

Bresser Pereira propôs um novo desenho de Estado, inspirado nos pressupostos neoliberais, por meio do Plano Diretor da Reforma do Estado, em que o Estado se desonera das responsabilidades produtivas de bens e serviços, colocando-se em atividades exclusivas de Estado, com os papéis de regulador, fiscalizador e fomentador, além de propor a descentralização política e administrativa, delegando maior autonomia aos administradores públicos, redução dos níveis hierárquicos, sistemas de controle de resultados e foco no atendimento ao cidadão.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde se apresenta também como modelo alternativo ao sistema de saúde “médico-assistencialista privatista”, em que somente os trabalhadores com carteira assinada tinham acesso aos serviços de saúde, para um sistema universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade.

Assim, encontramos aderência entre os pressupostos do modelo de administração pública gerencial com as diretrizes do Sistema Único de Saúde quando ambos buscam a eficiência, a efetividade e a qualidade das ações e serviços públicos.

Observa-se um contraponto importante, quando o modelo de administração pública gerencial se propõe a reduzir do papel a responsabilidade do Estado na execução dos serviços públicos, e o Sistema Único de Saúde - SUS busca instituir um sistema balizado no princípio da universalidade, rompendo com o modelo excludente vigente no país até então. Exigindo, assim, a presença cada vez maior do Estado, responsabilizando-se pela implementação e regulação do sistema público de saúde.

Observa-se, ainda, outro contraponto no desenho das atribuições do Estado reformado, onde parte dos serviços de saúde foi caracterizada como atividade exclusiva do Estado, portanto, indelegável ao setor produtivo, e parte dos serviços de saúde caracterizada como atividade não exclusiva de Estado, a exemplo das atividades assistenciais.

A reforma do aparelho do Estado brasileiro poderia ter sido inspirada na experiência da reforma sanitária, que propôs um novo modelo para o Estado, mudanças sociais, com gestão participativa, para melhorar a qualidade de vida da população, modernização administrativa com vistas a aumentar a capacidade de implementar políticas públicas.

O setor saúde efetivamente se configurou como um novo paradigma para gestão pública, mantendo seus princípios fundamentais, incorporando modelos flexíveis de organização administrativa, como as parcerias realizadas com as Organizações Sociais de Saúde - OSS.

O modelo societal

O modelo de administração societal está ligado à tradição de luta da sociedade brasileira, por melhores condições de vida, direitos de cidadania, bem como pela necessidade de romper com o modelo centralizador e autoritário do exercício do poder público.

A questão da participação popular foi o cerne das mobilizações ocorridas no país na década de 1980, quando da elaboração da Constituinte. Essas mobilizações concentravam suas reivindicações no fortalecimento do papel da sociedade na condução das políticas públicas do país.

Assim, destacamos os movimentos sociais de saúde na cidade de São Paulo, revisitando a experiência da Zona Leste, que reivindicava melhorias das condições da saúde nos governos municipais do então Partido dos Trabalhadores, na década de 1980, quando os Conselhos de Saúde foram criados como parte da estratégia de democratizar as gestões municipais, abrindo espaços para que as decisões sobre a vida do munícipe passassem pela discussão e pelo controle da população.

Foi no período de democratização do país em uma conjuntura de efervescência política, que o debate sobre a participação social voltou à tona, com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado.

O movimento de reforma sanitária consolidado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS foi legitimado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, ocorrendo uma ampla participação dos setores organizados da sociedade civil.

A participação no Sistema Único de Saúde - SUS na perspectiva do controle social foi um dos eixos dos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Na saúde, o conceito de participação é definido como o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação e execução das políticas públicas para o setor.

O controle social é apontado como um dos princípios da reformulação do sistema nacional de saúde e como via imprescindível para a sua democratização.

Em 1988, articularam-se no movimento nacional pela reforma sanitária os movimentos sociais, sindicatos e parlamentares, pressionando a Assembleia Nacional Constituinte para inserir suas propostas no texto constitucional. Nesse processo, houve uma árdua batalha entre os setores progressistas e conservadores, até garantir na Constituição Federal a saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade

para as atividades preventivas, universalização, resolutividade, hierarquização, regionalização e participação.

A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social, e os setores organizados da sociedade civil participariam das formulações, acompanhariam as execuções, até a definição da alocação de recursos para atender aos interesses da coletividade.

A participação na área da saúde se dá por meio das Conferências de Saúde, com objetivo de avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, e através dos Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil, e os demais segmentos de gestores e trabalhadores.

Enfim, a saúde rompeu com a forma centralizada e autoritária do exercício do poder na administração pública, fortalecimento da gestão participativa, destacando os papéis e responsabilidades das deliberações das Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores. Além das estruturas administrativas das secretarias de saúde, o sistema de saúde concebeu espaços de colegiados de gestão e pactuação dos serviços de saúde, como: Comissões Intergestoras Regionais - CIR, Comissão Intergestora Bipartite - CIB e Comissão Intergestora Tripartite - CIT.

Considerações finais

Quanto à Origem:

O modelo de administração pública gerencial teve como origem o movimento internacional, inspirada no modelo de reforma do aparelho do Estado do Reino Unido e dos Estados Unidos na década de 1980, baseado na cultura do empreendedorismo, com a criação de valores e condutas, que orienta a organização das atividades de forma a garantir controle, eficiência e competitividade;

A administração gerencial apresenta novos paradigmas para a administração pública, com a proposta de romper com os pressupostos dos modelos de administração patrimonial e burocrática;

O Sistema Único de Saúde foi instituído pela Constituição Federal de 1988, como resultado dos movimentos pela reforma sanitária da década de 1970;

O modelo de administração pública societal teve como origem os movimentos sociais, iniciados na década de 1960.

Assim, o Sistema Único de Saúde - SUS, embora tenha se constituído sob a ótica do modelo de administração pública gerencial, sua origem

remonta aos movimentos sociais da década de 1970. Portanto, no tocante a variável “origem” seus princípios estão em sintonia com os pressupostos do modelo de administração pública societal.

Quanto ao Projeto Político:

A administração pública gerencial enfatiza a eficiência administrativa, baseando no ajuste estrutural, nas recomendações dos organismos internacionais e na modernização preconizada pelo movimento gerencialista e pressuposto neoliberal;

O Sistema Único de Saúde apresenta-se como projeto alternativo ao sistema “médico-assistencial privatista”, baseando-se nos princípios da universalidade, integralidade, igualdade, equidade, descentralização e controle social;

A administração pública societal enfatiza a participação social e busca estruturar um projeto político alternativo ao concebido pelo modelo de administração pública gerencial.

No tocante ao Projeto Político, Sistema Único de Saúde - SUS se apresenta como projeto político alternativo ao modelo de administração gerencial e ao sistema de saúde vigente até então. Portanto, suas diretrizes estão em sintonia com os pressupostos do modelo de administração pública societal.

Quanto à Estrutura:

A estrutura da administração pública gerencial fundamenta-se no controle fiscal, econômico e financeiro;

O Sistema Único de Saúde fundamenta-se no modelo de estruturas descentralizadas e hierarquizadas, com direção única em cada esfera de governo;

A administração pública societal, por sua vez, fundamenta-se na dimensão sociopolítica.

Quanto à variável “estrutura”, as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS estão em sintonia com os pressupostos do modelo de administração pública societal.

Quanto à Organização Administrativa:

A administração pública gerencial propõe uma organização administrativa baseada na caracterização das atividades exclusivas e não exclusivas do Estado nos três níveis de governo (Municípios, Estados e Federal);

O Sistema Único de Saúde - SUS apresenta proposta de organização administrativa respeitando o papel e responsabilidade dos três entes federativos, com direção única em cada esfera de governo, balizada no modelo de gestão participativa;

A administração societal não apresenta proposta de organização administrativa para o Estado, enfatiza experiências de modelos locais;

As diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS estão em sintonia com o modelo de administração gerencial, visto que o modelo de administração societal apresenta proposta apenas para experiências locais.

Quanto à Participação Social:

A administração pública gerencial apresenta-se como gestão participativa apenas no discurso, com decisões centralizadas;

O Sistema Único de Saúde - SUS está fundamentalmente estruturado com base na participação popular, fortalecido pelo controle social efetuado pelos Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores;

As instituições da administração pública societal se colocam como participativa e enfatizam estruturas e canais de participação popular;

As diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS estão em sintonia com o modelo de gestão participativa, portanto, aderente aos pressupostos da administração pública societal.

Quanto à Gestão:

A administração pública gerencial enfatiza as práticas do setor privado, como: programas de qualidade e reengenharia para o setor público;

O Sistema Único de Saúde - SUS enfatiza o modelo de gestão pública, possibilitando a participação do setor privado de forma complementar, embora tenha incorporado modelo de gestão flexível por meio da publicização, estabelecido pela administração gerencial;

A administração social enfatiza experiências de gestão focalizadas nas demandas do público alvo, incluindo questões culturais e participativas;

As diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS estão sintonizadas com o modelo de administração pública societal.

Portanto, as diretrizes do Sistema Único Saúde, no tocante à origem, ao projeto político, à estrutura, à participação social e à gestão estão em consonância com os pressupostos da administração pública societal; quanto à organização administrativa, está em sintonia com o modelo de administração pública gerencial, visto que o modelo de

administração societal não apresenta proposta de organização administrativa para o aparelho do Estado, enfatizando iniciativas locais de organização da gestão pública.

Referências

- BAUMAN, Z. Globalização: As consequências humanas. Rio de Janeiro, 1999.
- BRAGA, J.C. A instabilidade estrutural do capitalismo brasileiro: uma visão dos anos 50 aos 80. São Paulo: IESP/FUNDAP, 1989.
- BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE. Reforma do Estado: Organizações Sociais. Cad. MARE, 1997.
- BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. Senado Federal. 1988.
- BRESSER PEREIRA, L.C. Da administração pública burocrática à gerencial. Revista do Serviço Público, v. 120 n. 1, 1996.
- BRESSER PEREIRA, L. C. Plano Diretor da Reforma do Estado. MARE, 1997.
- BRESSER PEREIRA, L. C. Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília: MARE, Cadernos MARE n. 1, 1997.
- CARVALHO G.; SANTOS I. Sistema Único de Saúde: Comentários a Lei 8080 e 8142/90. São Paulo. HUCITEC, 1995.
- CARVALHO G. A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados 78, SUS - 25 anos Nutrição e pobreza Energia e ambiente. Volume 27 n.78 maio/agosto, 2013.
- FERREIRA, A. L. S. Um jeito de governar. Pólis, n. 5, 1991. 35 p.
- FORTES P A. C.; ZOBOLI, L. C. P. Os princípios do sistema único de saúde - SUS potencializando a inclusão social na atenção à saúde. Revista o Mundo da Saúde, São Paulo, n. 29, jan/mar. 2005.
- MARRAS, J. P. Gestão de pessoas em empresas inovadoras. São Paulo. Futura, 2005.
- MENDES, E. V. Uma Agenda para saúde. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. 1996.
- MENDES, E. V. O Sistema Único de Saúde: Um processo social em construção. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Organizadores: José Paranaguá de Santana e Janete Lima de Castro - Natal: EDUFRRN, 1999.

NOGUEIRA, R. P. Reforma do Estado: o SUS em reforma e os recursos humanos. Texto de apoio elaborado para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde - CADRHU. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. EDUFRN. Editora UGRN. 1999.

PAULA, A. P. P. Administração Pública Brasileira entre o Gerencialismo e a Gestão Social. R. A. E. - DEBATE, vol. 45 n. 1, 2005.

PEDROSO, V. G. Gestão do trabalho e educação em saúde: percepção dos profissionais de saúde. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2008.

SÃO PAULO, Lei Complementar nº 146, de 4 de junho de 1991. Diário Oficial do Estado, de 5 de junho de 1991.

SOARES, A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. Cad. Saúde Pública v. 23 n. 7 Rio de Janeiro, 2007.

WANDERLEY, L. E. W. Desigualdade e a questão social. São Paulo. Educ. 2000, p.62.

Bibliografia consultada

BRASIL, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL, Lei 8.142, de 21 de dezembro de 1990.

BRESSER PEREIRA, L. C. Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. Brasileira: ENAP/Editora 34. 1998 a.

BRESSER PEREIRA, L. C. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In. BRESSER-PEREIRA. L. C.; SPINK, P. (Orgs). Reforma do Estado e Administração pública gerencial. Rio de Janeiro. Editora FGV. 1998 b.