

EFEITOS PARADOXAIS DA DESCENTRALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

Gastão Wagner – fevereiro de 2005 publicado CEBES

Uma novidade radical

A diretriz da descentralização entrou na moda a partir da década de oitenta do século XX. Fazia parte do receituário neoliberal indicado por Organismos Internacionais para reformular e ajustar políticas públicas (Banco Mundial, 1975 e 1995). Formava par com outro movimento sistematicamente sugerido: o de privatização da prestação de serviços. Neste sentido, o conceito de descentralização apareceu quase que como sinônimo de devolver ao mercado a responsabilidade pelo atendimento às pessoas; ou seja, as estratégias para descentralizar sistemas estatais de saúde, educação, saneamento básico ou assistência social confundiam-se com outras voltadas para distintas formas de desestatização. Pensava-se, com certo automatismo, que a única maneira possível para se construir rede descentralizada de serviços públicos seria a de reorganizá-las segundo a lógica de mercado. Abrindo-as à concorrência, instituindo-se formas abertas de captação de recursos e, em geral, terminando com a gratuidade dos serviços ofertados, estar-se-ia caminhando para a resolução dos impasses de financiamento e de funcionamento dos sistemas públicos (World Bank, 1996).

Fato curioso foi que a diretriz da descentralização não fez parte do discurso da esquerda que defendia o socialismo ou a intervenção do Estado na economia e em políticas sociais. Ao contrário, tanto na Europa como na América Latina produziu-se uma série de argumentos contrários à descentralização concebida pelos reformistas liberais (Rizzotto, 2000), (Castronovo, 1998), (Ugá, 1994). Apesar da crise do socialismo real e mesmo dos países que haviam construído grandes e abrangentes sistemas públicos, não era freqüente, encontrar-se a sugestão de que a descentralização destes sistemas nacionais poderia redundar em benefício para o país e para a população, superando a ineficiência e burocratização do modelo centralizado vigente em grande parte do mundo. O pensamento social-democrata ou keynesiano não separava a diretriz da descentralização daquela da privatização, criticando-as como se fossem, uma, desdobramento inevitável da outra. Não poderiam existir em separado, seria uma espécie de contra-senso tentar distinguir um conceito do outro, com o que coincidiam com a visão dos liberais e pós-modernos aderentes a esta nova perspectiva. Assim, as propostas mais recentes de reforma sanitária originárias de movimentos com referencial de esquerda ou popular, como a italiana ou de alguns países latino-americanos, não incluíam a descentralização em seu ideário. Note-se, contudo, que a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde produziram uma série de documentos e de artigos favoráveis à descentralização, considerando-a um instrumento potente para operar uma reforma positiva dos sistemas de saúde (OMS, 1990), (Soares, 1999).

No Brasil, ao contrário, um dos componentes do movimento que lutou pelo fim da ditadura militar foi o municipalismo, que se fortaleceu como uma reação ao grau excessivo

de centralização ocorrido durante o período ditatorial. Neste sentido, o movimento democrático, e dentro dele o pensamento de esquerda e o desenvolvimentista, incluiu a descentralização como uma componente essencial à democratização do país.

“O sucesso do processo de descentralização, que assumiu a municipalização como forma dominante, se deveu em parte ao impulso do municipalismo que ganhou força no Brasil, nos anos 19(80), e conjugou de maneira sinérgica a luta pela descentralização com a luta pela democratização do país.”
(Vasconcelos, 2005, p. 26).

A reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia. Quando já havia um declínio das concepções socialistas ou de estado de bem-estar em todo o mundo, houve no Brasil o apogeu do reformismo em saúde. Em todo o mundo falava-se e se praticava o neo-reformismo liberal (na realidade, uma espécie de doutrina da contra-reforma) e, aqui, no campo da saúde, firmava-se, política e gerencialmente, o que viria a se constituir em um sistema público de saúde com várias características consideradas ultrapassadas e incapazes de assegurar eficiência e equidade ao sistema de saúde.

Argumentava-se a favor de buscar-se a focalização dos programas sociais, o SUS pretendia-se de abrangência universal. Recomendava-se a delegação da responsabilidade pelo atendimento à população ao setor privado ou a organizações não-governamentais, a implantação do SUS aumentou o número de servidores e de serviços públicos em todo o país. Reservava-se ao Estado o papel de regular o mercado e a prestação de apenas alguns serviços considerados estratégicos, em geral no campo antes denominado de Saúde Pública, e o SUS avocava a si a busca da integralidade da atenção. Foi um descompasso com o discurso liberal hegemônico que empolgou distintos atores sociais, tornando viável e factível o que parecia impossível (Campos & Onocko Campos, 2000).

Sônia Fleury considera a reforma sanitária brasileira bem sucedida por haver instituído um novo padrão de intervenção do Estado na saúde, buscando garantir direito universal e atenção integral à saúde por meio de um sistema descentralizado e com importante grau de democratização quando da formulação e execução de políticas (Fleury, 1994).

Entretanto, não havia como não pagar um preço à época e à sua cultura e aos seus costumes. E este preço vem sendo pago ao longo dos últimos vinte anos, obrigando o SUS a explicar-se a cada dia, como se sempre estivesse começando de novo, como se estivesse obrigado a justificar o porquê de adotar-se um figurino tão démodé quando a maioria dos convivas já aderiu ao novo modo de ser e proceder considerado coetâneo e adequado ao terceiro milênio.

Na realidade a doutrina que fundamentou a construção do SUS reconheceu a existência de limites e de dificuldades no funcionamento dos sistemas de saúde realmente existentes. E, em função desta perspectiva crítica, além de diretrizes que podem ser consideradas típicas à tradição dos grandes sistemas públicos de saúde – a busca da universalidade, da prestação integral de atenção e da equidade, bem como a organização de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços -, no Brasil acrescentaram-se dois outros princípios que podem ser considerados inovadores em relação a esta ortodoxia. Tratava-se da determinação de se criar formas de democracia direta e de gestão participativa, reforçando-se a idéia de controle social da ação governamental por segmentos

da sociedade civil; e, o outro, que nos interessa particularmente neste ensaio, que foi o de descentralização.

No entanto, a descentralização, no caso da reforma sanitária brasileira, procurava modificar o desenho e lógica de um sistema público sem que necessariamente ocorresse privatização da prestação de serviço, ou sem que se abdicasse do papel de gestor e de prestador direto do Estado. Imaginou-se um Sistema que procurasse se sobrepor à racionalidade do mercado, provendo atenção segundo necessidades e demandas da população independente da capacidade das famílias e das pessoas pagarem pelo atendimento oferecido.

Ao invés de se conceber um sistema de caráter nacional, como o inglês e o cubano, ou mesmo um provincial, como o canadense, optou-se por descentralizar para os municípios a responsabilidade pela organização e gestão dos sistemas locais de saúde. Observe-se, que no caso brasileiro, a descentralização oficial deteve-se no município, a menor instância com poder formal na república, não chegando até cada unidade prestadora de serviço; ou seja, até hospitais, equipes especializadas ou de atenção básica, que estariam todas sob a gestão única do dirigente municipal. Optou-se também por não se realizar a estatização de serviços privados, filantrópicos ou não-governamentais que prestassem assistência ao antigo sistema previdenciário ou público. Para integrá-los em rede única delegou-se aos municípios, ou eventualmente aos estados, a função de realizar contratos e convênios com estes prestadores autônomos, acompanhando o seu desempenho. À instância federal e às estaduais caberia a coordenação e o apoio sistemático a esta miríade de sistemas municipais, procurando-se com isto assegurar o caráter único e nacional a esta rede descentralizada.

Esta concepção vem sendo regulamentada por uma série de leis e de portarias – em primeiro lugar há Constituição Federal de 1988, em seguida toda uma legislação infraconstitucional, como as leis orgânicas da saúde 8080 e 8142, as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 e a Programação Pactuada Integrada de 2000 -, que vieram indicando não somente aquilo que seria descentralizado como as formas com que ocorreria este processo (Carvalho, 2002).

Alguns resultados

O que foi descentralizado e de que maneira vem ocorrendo esta delegação de recursos e de responsabilidades aos estados e municípios?

Este ensaio não poderia descrever com detalhes toda esta história e muito menos sugerir uma compreensão acabada deste processo. Isto exigiria uma pesquisa muito ampla e um espaço que excede o deste trabalho. Evidências empíricas e algumas investigações anteriores indicam o alcance, bem como alguns limites e pontos obscuros da descentralização no SUS. De qualquer forma, é consensual, houve um movimento real de descentralização.

“Em 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde, aceitando assim as normas da política de descentralização do governo federal” (Arretche, 2002, p.27).

Ainda que incompleto, e ainda que a delegação de responsabilidades tenha sido maior do que a de poder, pode-se afirmar com segurança que o desenho do sistema de

saúde brasileiro modificou-se bastante nos últimos quinze anos, ampliando a extensão, a importância e as funções dos sistemas estaduais e municipais de saúde.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ao final do ano de 2004, o Ministério da Saúde, com exceção de sete complexos hospitalares localizados um no Distrito Federal e outros nas cidades do Rio de Janeiro e de Porto Alegre, passou a estados e municípios a gestão de praticamente toda a rede de serviços do SUS. A municipalização é ampla na atenção básica – 97,6% das unidades básicas estão sob comando municipal –, avançou bastante no atendimento secundário – 60% dos ambulatorios, centros de referência e serviços de urgência e de apoio diagnóstico estão sob gestão municipal –; no entanto, 56,12% das unidades de internação ainda estão sob administração das Secretarias de Estado da saúde. Estes dados deixam bastante claro que houve uma real descentralização da responsabilidade pela execução da assistência à saúde, evidenciando-se uma municipalização quase que completa da atenção primária e uma divisão de responsabilidades com os estados quando se trata do atendimento especializado ou hospitalar. A partir da segunda metade da década de noventa acelerou-se também a delegação de responsabilidades aos estados e municípios nos campos da vigilância epidemiológica e sanitária.

Analisando o impacto deste processo em municípios que se habilitaram à condição de gestores, Costa concluiu que a municipalização:

- “- projetou as Secretarias Municipais de Saúde na esfera dos governos municipais;*
- ampliou a capacidade de gestão em função das novas responsabilidades;*
- aumentou a força de trabalho em saúde;*
- gerou aumento na oferta de serviços ambulatoriais e ações de saúde coletiva;*
- induziu maior comprometimento de recursos do orçamento municipal com o setor saúde.”(Costa, 2001; p.319).*

No entanto, como a regulamentação deste processo de descentralização não se completou, existem omissões, pontos dúbios e ambíguos levando à definição imprecisa da responsabilidade sanitária deste ou daquele ente federado. Este fato cria tanto superposição de ações como descompromisso com assuntos de interesse público, comprometendo a pretensa racionalidade sistêmica da ação governamental (Costa, V., 2003).

Quanto à descentralização dos recursos, Cipriano Vasconcelos constatou que 90% dos recursos orçamentários da União, designados para o Ministério da Saúde, são repassados de forma regular e automática aos estados e municípios (Vasconcelos, 2005), o que evidenciaria um grau importante de apoio à nova responsabilidade destes entes federados pela atenção direta às pessoas. No entanto, este alto percentual de repasse financeiro não implicou necessariamente em ampliação da autonomia ou do poder de elaborar seus próprios projetos e modelos de atenção para os estados e municípios. Isto porque o Ministério da Saúde encontrou formas para condicionar o repasse à execução de algum programa ou até mesmo de algum tipo de procedimento previamente definidos. Mediante uma verdadeira enxurrada de portarias, o governo da União pratica uma indução à gestão estadual e municipal na medida em que condiciona o repasse de importante parcela dos recursos à adesão ao planejado e definido no nível central (Carvalho, 2002).

Em tese, estes projetos e estas normas seriam pactuados nos espaços de gestão compartilhada previstos na estrutura do SUS. Particularmente, a Comissão Intergestores

Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde. Na realidade, o Ministério da Saúde conservou grande poder de indução de políticas e mesmo de desenhos de projetos e programas, isto em virtude do desequilíbrio do poder político, financeiro e técnico existente entre a União e os demais entes federados (Miranda, 2003). De qualquer modo, o SUS estrutura-se de uma maneira bastante descentralizada, obrigando a União e os estados a considerarem o poder conquistado pelos municípios.

Vários autores consideram que, em função do que foi estabelecido na Constituição, os municípios desfrutariam de autonomia política e administrativa para planejarem e gerirem seus sistemas locais de saúde. Para esta interpretação a única maneira do Ministério e Secretarias de Estado da Saúde interferir na gestão municipal seria por meio de acordos e contratos livremente estabelecidos entre as partes (Carvalho & Santos, 1995).

Efeitos paradoxais da organização de um sistema descentralizado

Um conceito que se transforma em diretriz política produz efeitos concretos sobre a vida prática. Em outras palavras, quando um determinado conceito é incorporado por atores sociais com capacidade operativa, com capacidade de intervir sobre a vida, ele produz efeitos sobre a organização econômica e social. Em geral, estes conceitos/diretrizes transformam-se em arranjos estruturais, ou seja, em leis, normas e valores éticos ou culturais. Este foi o caso da descentralização bem como de uma série de outros conceitos que definiram o escopo e a forma do Sistema Único de Saúde.

Com isto não se estaria aderindo ao suposto “automovimento do conceito” hegeliano, que assim como o determinismo social ou econômico supõem o passado explicando cabalmente o presente e o devir. Não haveria interação entre o conceito operante, para Hegel, ou entre a infra-estrutura econômica, para os economicistas, e o contexto. Ao contrário, cada um destes conceitos operantes tem uma determinada potência – capacidade de alterar a realidade segundo um ou mais objetivos desejados – e limites muito precisos.

O mesmo acontece com a diretriz da descentralização, incorporada ao SUS como municipalização de serviços e da atenção à saúde e como a existência de uma direção única a cada esfera de governo. Caberia investigar, na realidade concreta, estes limites e a potência de transformação quando estiver ocorrendo processos de descentralização. Frequentemente, estas diretrizes, que são meios ou modos para se alcançarem alguns objetivos mais amplos, transformam-se em fim em si mesmas. Este é exatamente o caso da descentralização. Esta é um meio para conseguir que o SUS funcione com mais eficiência e eficácia. O critério para avaliar programas ou projetos não poderia ser principalmente sinal ou sintoma de que o sistema estaria funcionando de modo mais descentralizado. A avaliação deveria considerar centralmente a ampliação da capacidade de produzir saúde em função dos novos arranjos descentralizados eventualmente adotados. Assim, a potência ou limites desta diretriz devem ser verificados em função de resultados sanitários e não apenas em função de sua capacidade de produzir-se a si mesma; ou seja, descentralização.

É evidente que a descentralização, além de ser um meio supostamente mais eficaz para organizar sistemas públicos, acabou por se constituir em um valor ético/político que movimentos democráticos passaram a priorizar em sua ação. A descentralização supõe distribuição de poder e ampliação dos mecanismos de participação e de controle da

sociedade sobre o estado, sobre governos e sistemas públicos. Um efeito desejado e buscado pelo espírito democrático. Neste sentido, além de meio supostamente mais racional para se estruturar projetos e programas, a descentralização constituiu-se em um fim em si mesma. No entanto, se não se lograr maior eficácia e eficiência na produção de saúde, dificilmente, a diretriz se sustentaria somente em função de ganhos políticos.

A potência e os limites da descentralização deveriam ser medidos, portanto, com estas duas lógicas: sua capacidade de produzir contextos mais democráticos e sua contribuição para o adequado funcionamento do sistema de saúde. Quando se pensa a partir deste referencial não há como escapar-se à descoberta de paradoxos produzidos por um conceito considerado benéfico ao sistema e, em decorrência, transformado em regra que orienta a sua própria operação. Efeitos paradoxais porque a descentralização produz efeitos em vários sentidos e não apenas no esperado ou desejado. Além do mais, a descentralização não opera isolada, sem a influência de outros conceitos/diretrizes que produzem efeitos de concentração de poder, ou seja, distintos ou até mesmo contraditórios com o que se esperaria apenas da racionalidade derivada diretamente da descentralização.

Os efeitos paradoxais decorrentes da lógica sistêmica e da lógica da descentralização

A lógica da descentralização não produz efeitos no mesmo sentido que a lógica derivada da concepção de um sistema. A descentralização tende a produzir autonomia para os pólos, no limite rompendo o tênue liame que os mantém unidos em uma rede de compromissos, de responsabilidades e de obediência hierárquica. E autonomia das partes tende a produzir funcionamento autárquico ou departamental, com predomínio de interesses particulares sobre o interesse geral. O conceito de sistema, ao contrário, pressupõe a lógica de rede, de ligação entre os pólos, de funcionamento harmônico das distintas partes em função de objetivos sistêmicos, em geral, considerados gerais ou coletivos; ou seja, de interesse público. Os sistemas se justificariam porque seriam potentes o suficiente para contra-restarem os particularismos inevitavelmente produzidos pelos interesses locais ou muito específicos.

Este paradoxo, existente porque os efeitos centrípetos decorrentes da descentralização sempre estarão se produzindo, tende a induzir a fragmentação do sistema, com isolamento dos municípios, gerando um processo de municipalização com baixa capacidade de integração e de solidariedade entre as partes.

No SUS, o equilíbrio entre estas duas formas que produzem efeitos paradoxais – ou seja, a manutenção de um sistema descentralizado em que os municípios gozariam de importante grau de autonomia, mas que funcionaria integrado e com grau razoável de solidariedade e de co-responsabilidade pelos problemas – caberia, em primeira instância, à legislação que regula o SUS; em segundo, às funções de coordenação exercidas pelo Ministério e Secretarias de Estado da Saúde; e, finalmente, aos órgãos de direção colegiada previstos no sistema: Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite, e Conselho Nacional e Estadual de Saúde. Graças a estes três mecanismos de regulação esperar-se-ia conseguir um equilíbrio entre estas duas tendências divergentes.

Resumindo: na descentralização pensada para o SUS o pólo básico são os municípios e sua integração em um sistema único se daria segundo três racionalidades: a

existência de uma legislação superior, constitucional, que imporia objetivos e, até mesmo, modos de atender-se ao direito à saúde; segunda, o funcionamento de órgãos colegiados em que os próprios municípios participariam da definição de políticas e de normas – o mecanismo de gestão compartilhada-, e outra, externa aos municípios, decorrente do papel de coordenação do sistema que deveria ser exercido pela União e Estados da federação. Um espaço de poder compartilhado, órgãos com poder para coordenar um sistema com pólos bastante autônomos e uma legislação comum a todos os entes federados. Em função disto, União e Estados, por meio de ações de governo, deveriam coordenar e manter integrados sistemas municipais que formalmente gozam de importante grau de autonomia.

Contudo, nota-se dificuldade em se estabelecer planos, metas e critérios concretos de avaliação para todo o sistema. O Ministério de Saúde, bem como algumas Secretarias de Estado elaboram seus planos e definem objetivos e metas; no entanto, a não ser por mecanismos de indução indireta, o principal sendo o estímulo financeiro, não há como obrigar os municípios a aderirem a estes desígnios. Isto tende a produzir um sistema com importante grau de heterogeneidade entre as redes locais e regionais. Embora a capacidade de reconhecer e de lidar com diferenças seja considerada um dos aspectos vantajosos dos sistemas descentralizados, o empenho diferente de cada município em implantar o SUS, a adesão ou não a programas e ações considerados prioritários e essenciais, a diferença de ritmo no atendimento a necessidades de saúde da população, tudo isto tem comprometido a legitimidade da política de saúde brasileira nos últimos anos.

A descentralização contribuindo para a produção de iniquidades

Tomemos alguns exemplos em que a heterogeneidade decorrente da descentralização tem contribuído para a iniquidade e não para defender a saúde da população tendo em vista o reconhecimento de peculiaridades locais. O enfrentamento das epidemias de malária ou de dengue, ou das endemias de tuberculose e hanseníase, entre outras, não tem logrado articular esforços simultâneos e enérgicos dos distintos entes federados. É freqüente que um dos entes não se empenhe na execução de seu papel, conforme o exigido pelo projeto de controle ou erradicação do problema. Ora é algum município que não executa os procedimentos esperados ou não adota medidas de reorganização da atenção necessárias ao cumprimento do objetivo, ora é o governo federal ou estadual que não suportam financeira e tecnicamente as iniciativas locais. A mesma dificuldade de atuação coordenada e harmônica verifica-se em ações de promoção e prevenção tendo em vista o avanço no processo de descentralização da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Este fenômeno tem somado novas iniquidades às antigas decorrentes da irregular distribuição de recursos entre as regiões brasileiras. A implantação do SUS não é um trabalho simples, depende de competência técnica e de grande habilidade política para compor interesses e distintas perspectivas culturais. Assim, o sucesso desta política depende não somente de políticas adequadas dos governos federal e estadual, mas também da iniciativa arrojada dos poderes locais. Como o contexto político e sanitário é muito heterogêneo, sendo também distintas a capacidade de pressão da população, a cultura sanitária acumulada e a vontade política dos governantes, tornou-se bastante desigual a reorganização do sistema e a garantia de acesso e de atenção com qualidade entre as várias cidades e regiões de todo o Brasil. Assim, cidades que lograram organizar-se conseguem

sistemas com certa estabilidade – são a exceção utilizada como efeito demonstração de que o SUS é uma política adequada. A maioria, ou funciona em ziguezagues, avanços e recuos na implantação e funcionamento do sistema, ou pouco conseguiram de mudança e ampliação da atenção desde os anos oitenta.

Em investigação recente, Ana Costa demonstrou que apenas 18,5% dos municípios declararam realizar atenção básica às mulheres com pré-natal de baixo e alto risco, planejamento familiar, tratamento de hipertensão, prevenção do câncer de colo de útero e medidas educativas. E mais grave: mais da metade das mulheres estariam excluídas de qualquer destes cuidados no SUS (Costa, 2005).

Apesar de toda a ênfase que o Ministério da Saúde tem imprimido a expansão do Programa de Saúde da Família observa-se que sua cobertura populacional ainda é muito pequena, variando, por exemplo, em mais de 50% em Belo Horizonte/MG e Campinas/SP a menos de 15% em Salvador e no Rio de Janeiro. O mesmo ocorre com a nova política de saúde mental teoricamente oficial para o SUS: existem alguns poucos municípios que praticamente eliminaram o modelo de tratamento centrado no hospital e nos manicômios criando uma rede de serviços alternativos, há outros que mantêm intactos o regime de tratamento hospitalar e outros, finalmente, que continuam a “exportar” seus pacientes graves sem nenhum tipo de cuidado local. O mesmo se passa com os programas de controle da tuberculose ou da hanseníase, há recursos disponíveis, há protocolos e orientação pedagógica para o treinamento de equipes e a implantação das novas medidas caminha muito lentamente e de forma heterogênea e esta diferença, provavelmente, não ocorre em função da maior ou menor exposição das populações a estas endemias e sim em razão da capacidade gerencial e política de cada um destes locais.

O Ministério da Saúde e algumas Secretarias de Estado têm apoiado financeira e tecnicamente a implantação destes programas. E ainda que os recursos não sejam suficientes, os critérios para habilitar-se para estes programas são republicanos, públicos e acordados entre as partes. O que, em tese, permitiria a adesão dos municípios a estes projetos tendo em vista suas prioridades sanitárias. No entanto, a decisão dos municípios em aderir a estes programas é influenciada por um conjunto de variáveis que vão além do risco ou vulnerabilidade epidemiológica, comprometendo as metas almejadas. A vontade política dos dirigentes municipais, a capacidade de pressão da sociedade civil local, a organização mais ou menos corporativa dos profissionais de saúde, o grau de clientelismo e degradação dos costumes políticos de cada região, todos estes e outros fatores tendem a pesar bastante em um sistema em que o poder da autoridade local de aderir a este ou aquele projeto é quase que absoluta. No limite, há até a possibilidade de não se filiar ao SUS. Foi o caso da cidade de São Paulo, que durante seis anos da gestão Maluf/Pita optou por criar um sistema próprio de saúde.

Há diferenças importantes entre as regiões do país na adoção de medidas para reorganizar-se o que se denominou de modelo de atenção à saúde. Em geral, os conceitos e métodos para reformular o paradigma tradicional da atenção à saúde no Brasil não foram transformados em leis, havendo, portanto, espaço para que os municípios expandam a cobertura segundo formas antigas. Nada obriga um município a incorporar preceitos da promoção à saúde, ou da clínica ampliada, ou do trabalho em equipe, ou mesmo a adoção de protocolos e programas de educação continuada, ou sistemas de avaliação, e, em várias localidades, o sistema ainda é hospitalocêntrico e centrado no atendimento médico de urgência. A maioria dos municípios da região metropolitana de São Paulo, de Salvador e do Rio de Janeiro combinam atendimento hospitalar com uma dispendiosa rede de urgência

também encarregada, na prática, de realizar grande parte do atendimento considerado primário. Organização não somente incapaz de garantir atenção de qualidade, mas também sabidamente mais dispendiosa do que o modelo hierarquizado que tem na atenção primária resolutiva um espaço real para resolver a maior parte dos problemas de saúde e também para encarregar-se da promoção e prevenção à saúde.

Aqui novamente a lógica da descentralização e da autonomia dos sistemas locais choca-se com uma série de recomendações que vieram se acumulando nas Conferências Nacionais de Saúde, em resoluções dos Colegiados Intergestores e mesmo em Programas referentes a problemas específicos. Observa-se uma dificuldade de liderança e de coordenação do Ministério e das Secretarias de Estado para levar avante esta reforma do modelo de atenção e mesmo de elementos éticos e políticos do sistema.

Além destes elementos, há um outro fator que tem limitado a possibilidade de implantação efetiva de serviços e, conseqüente, garantia de direitos aos cidadãos. Trata-se do padrão de financiamento federal e de desdobramentos da Lei de Responsabilidade Fiscal, particularmente quando regulamenta o gasto dos municípios com pessoal. Segundo esta legislação, há um teto máximo do orçamento municipal que pode ser gasto com pessoal, ultrapassa-lo implicaria em penalidades graves ao prefeito. Ora com a delegação de muitas responsabilidades aos municípios no campo social, em saúde, educação, assistência social, habitação e saneamento, vários municípios, rapidamente, atingiram este patamar. Isto sem que necessariamente as metas básicas do SUS tenham sido atingidas, na realidade, o teto foi estimado segundo lógica contábil e não segundo estimativa de gastos do município com os programas sociais básicos. Assim, ainda que haja uma epidemia de dengue, ou que fosse necessário expandir os programas de saúde da família, ou de urgência ou de saúde mental, e ainda que haja possibilidade de se carrear recursos da União e do Estado para investimento local, os dirigentes estão impossibilitados de fazê-lo porque não poderia expandir sua folha de pessoal. Tornou-se usual realizarem-se convênios com organizações privadas ou entidades filantrópicas ou com cooperativas que fariam estas contratações no lugar do poder público, ainda quando os governos sejam o verdadeiro gestor e executor destes programas. Estes artifícios têm provocado reações do Ministério Público e do Trabalho, questionando a legalidade destes arranjos.

Em geral, o apoio financeiro da União e dos Estados assegura apenas parte dos custos dos programas, é obvio que esta parcialidade do financiamento impõe limites aos sistemas locais de saúde, constituindo-se em um dos efeitos encobridores da descentralização ao diluir a definição clara das responsabilidades pelo financiamento dos programas e projetos (Carvalho, 2002).

Regionalização versus descentralização e a indefinição do papel das Secretarias de Estado da saúde

Outro efeito paradoxal da implantação descentralizada do SUS refere-se à dificuldade em lograr-se atenção integral conforme a necessidade dos usuários. Como o horizonte da descentralização é o município, no limite há uma tendência para que a responsabilidade pelo atendimento integral dos casos individuais ou coletivos (epidemias, calamidades sanitárias ou endemias) seja exclusiva do próprio município. Esta perspectiva tem se reforçado em virtude de um discurso radicalmente municipalista, que interpreta a

legislação vigente delegando autonomia absoluta a cada gestor local. Ora, autonomia implica em responsabilidade do sujeito portador de tal qualidade e, em decorrência, em uma independência radical dos outros sujeitos, no caso, outros entes federados. O problema na saúde é que, para a maioria dos municípios brasileiros, é impossível compor no próprio território toda a complexa rede de serviços e prestações de saúde necessárias para assegurar acesso e atenção conforme a necessidade de cada caso.

A hierarquização de serviços, ou seja, a construção de uma rede básica com ampla cobertura populacional e capacidade para resolver problemas clínicos e de saúde pública apoiada por uma variada rede de serviços especializados – urgência, hospitalares e ambulatoriais -, é modo de organizar sistemas de saúde que não somente asseguram o acesso e a integralidade da atenção, como também dão viabilidade financeira a estas políticas públicas. Seria impossível e irracional obrigar cada município a instalar todos os serviços especializados. A criação de regiões de saúde é, pois, condição *sine qua non* para a constituição de um sistema público e universal.

O Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado ainda não apresentaram uma proposta que compusesse o elevado grau de autonomia dos municípios com a necessidade de coordenação dos sistemas regionais de saúde. O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) tem recusado propostas de regionalização que deleguem às Secretarias de Estado um papel proeminente. Alegam tanto questões de princípio – a quebra da autoridade única em cada sistema local -, quanto duvidam da capacidade política e sanitária destas organizações de estado (CONASEMS, 2002 e 2004).

De fato, as Secretarias de Estado, em geral, além de estarem muito coladas a perspectiva política imediata de cada governo, têm pequena capacidade para apoiar os gestores locais e conduzirem com isenção complexos processos de negociação e de pactuação. A experiência inaugurada com as NOAs e com a PPI, apesar de haver qualificado uma série de Secretarias para este trabalho de composição de sistemas regionais, não tem se mostrado suficiente nem para assegurar ressarcimento financeiro e apoio técnico às cidades pólos ou referência de cada região, nem para garantir o atendimento a pacientes originários dos municípios satélites (Ribeiro & Costa, 2001). Entre outros motivos, ressalte-se que, pela legislação atual, há somente elaboração de planos integrados, não havendo mecanismos para gestão e acompanhamento do sistema regional. Os municípios pólos reclamam para si esta função, o que dependeria de um entendimento horizontal entre pares, e que vem sendo experimentado por meio de vários mecanismos, entre eles destacando-se o modelo dos consórcios. De qualquer modo, não há consenso sobre como instituir-se uma integração intermunicipal que ultrapasse os limites dos Conselhos Intergestores Bipartites, apropriados para o estabelecimento de planos acordados entre as partes, mas impróprio para gestão e acompanhamento operacional destes mesmos planos.

Além disto, argumenta-se, com razão, sobre a insuficiência do financiamento federal destinado às cidades pólos, que se vêm obrigadas a manter serviços de abrangência regional custeando-os com o orçamento municipal. Soma-se a isto uma dificuldade crônica em informatizar estes sistemas, o que cria insegurança em pacientes e gestores locais que dependem de serviços localizados em outros municípios, já que, de fato, não há garantia de atendimento. Apesar do projeto do MS denominado de cartão SUS, praticamente ainda não há Centrais de Regulação de abrangência regional que assegurem um fluxo regular de pessoas a serem atendidas (Costa, 2001), (Vasconcelos, 2005).

Limites da potência democratizadora da descentralização

A descentralização modificou as relações de poder do sistema público de saúde do Brasil, trazendo para o cenário onde se tomam decisões os municípios. Em virtude desta lógica, passou-se a vivenciar uma experiência inédita de gestão compartilhada entre entes federados. Não há tradição no país de negociação sistemática entre União, Estados e Municípios, tampouco há tradição quanto ao funcionamento de órgãos colegiados permanentes e com poder deliberativo, inclusive sobre a alocação de recursos financeiros, conforme é o caso das Comissões Intergestoras e dos Conselhos de Saúde, que além dos representantes governamentais inclui usuários e prestadores de serviços no processo de discussão e de decisão. Este estilo de funcionamento vem modificando culturalmente um importante pedaço do Estado brasileiro. Obrigou secretários de estados e de cidades a se organizarem em Associações, que necessitam de um funcionamento dinâmico e complexo para construir consensos ou tomar decisões que serão, posteriormente, apresentadas nas comissões e conselhos.

Vários estudos têm encontrado que o exercício cotidiano do poder não é equivalente ou isonômico nestes espaços. O Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado tendem a influenciar e mesmo a conduzir a construção de agendas e a tomada de decisão segundo sua perspectiva própria (Miranda, 2003). Isto é inevitável, nenhum órgão colegiado, ainda que seu regulamento seja democrático, elimina a diferença de poder acumulado pelos distintos atores sociais: a capacidade de produzir argumentos, de eleger temas prioritários e de influenciar na tomada de decisões reflete o contexto anterior. No entanto, somente o fato de obrigar os mais poderosos a compartilharem a elaboração de diagnósticos e a tomada de decisão implica em grandes mudanças. O funcionamento de Conselho com representação de atores com distintas e variadas representações e interesses, modifica tendências estabelecidas, incorpora novas temáticas e abre espaço para negociação de perspectivas diferentes.

Além disto, ao estabelecer que o município é a direção única do sistema local e que, em tese, deve executar direta ou indiretamente a prestação de serviços, de fato, ampliou-se bastante a capacidade dos municípios de intervir sobre a política pública de saúde, tanto em cenários institucionais quanto frente a opinião pública. A maioria política de atores sociais depende da existência de direitos e de liberdade de expressão e organização, mas depende também do exercício da própria política. As diretrizes legais da descentralização e a do controle social criaram este direito e abriram possibilidade para que uma miríade de novos sujeitos sociais interviesse na gestão e na política de saúde.

No entanto, note-se, a descentralização por si somente não é potente o suficiente para construir novo diagrama de forças no cenário nacional. Apesar destas diretrizes o poder dos governos para intervir na definição de políticas e na gestão da saúde continua bastante superior a de outros atores sociais. O SUS ainda é bastante governo dependente. E entre os governos há evidências indicando a supremacia do governo federal sobre os outros entes federados. Em virtude disto a gestão do SUS ainda é excessivamente atravessada pela lógica partidária e pela racionalidade decorrente do simples jogo pela manutenção do poder.

Torna-se cada vez mais freqüente a indicação de dirigentes do SUS principalmente em função de suas ligações orgânicas com partidos ou grupos políticos. O que poderia ser

considerado inevitável quando, fugindo-se de uma perspectiva tecnocrática, se reconhece a importância de critérios políticos na composição de equipes de governo. No entanto, não há critérios técnicos ou precauções de ordem ética quando da indicação de diretores de hospitais ou de qualquer outro serviço ou programa de saúde, por mais especializadas e dependentes de experiência em saúde sejam estas funções. Este tema sequer é pauta de discussão no movimento sanitário. Esta ligação umbilical da direção do SUS com o jogo pragmático de governos e partidos vem reforçando a tendência a se conformarem políticas e projetos de saúde com base em uma racionalidade diretamente importada do marketing. Com isto observa-se um abandono de ações voltadas para estruturar e aprofundar a reforma sanitária. As duas últimas gestões do Ministério da Saúde – governos FHC e Lula -, sem dúvida, construíram este mesmo semblante político. Com exceção de alguns programas – saúde da família, AIDS e saúde mental -, há um descuido em relação ao prosseguimento da reforma sanitária, no que se refere à mudança dos mecanismos de financiamento ainda vigentes e notoriamente inadequados à transformação da atenção hospitalar e especializada, que quando cresce ainda o faz segundo os mesmos e ultrapassados padrões de vinte anos atrás.

Sem dúvida, a possibilidade para que os dirigentes governamentais tenham este tipo de comportamento e de postura é também uma decorrência da debilidade dos outros atores sociais. Houve como que uma institucionalização do movimento sanitário dentro dos espaços formais do SUS: criaram-se milhares de Conselhos, realizaram-se centenas de Conferências e armaram-se centenas e milhares de reuniões e encontros sobre temas específicos, no entanto, percebe-se um grau importante de desligamento deste movimento interno ao SUS com a sociedade que deveriam representar. Houve como que uma efetivação dos representantes dos usuários: a taxa de renovação é pequena e as mesmas pessoas representam os mesmos segmentos há anos. Levantamentos sobre o perfil dos usuários realizados durante a XXII Conferência Nacional de Saúde indicam estas tendências (Brasil – Ministério da Saúde, 2004). Mesmo o Conselho Nacional de Saúde, que conta com apoio técnico e infra-estrutura superior aos demais, tem dificuldade para contrapor-se e mesmo para apreciar a enxurrada de projetos e de programas criados pelo executivo (Vasconcelos, 2005).

A representação dos prestadores de saúde é, em tese, um contraponto importante aos particularismos do poder executivo; entretanto, aqui também interesses corporativos e imediatistas têm dificultado a composição de blocos entre os representantes das várias corporações e profissões e destes com os usuários. Não se identifica um projeto comum entre os representantes de hospitais contratados pelo SUS, médicos e as demais profissões de saúde. Ao contrário, observa-se mais conflito do que composição de projetos entre estes três segmentos citados.

É óbvio que estas debilidades do funcionamento democrático do SUS não se resolvem simplesmente por meio da descentralização e que há uma tendência a se repetir no espaço local este padrão de comportamento, com todas as variações decorrentes das diferentes histórias e composição de forças em cada região.

O SUS: uma reforma interrompida?

Se a descentralização é um componente bem definido do sistema público brasileiro, o mesmo não se pode afirmar em relação à estabilidade deste mesmo sistema no quadro político brasileiro. Há um conjunto de sinais e de sintomas que indicam a cronicidade de uma série de estrangulamentos considerados estratégicos por analistas que apostam na consolidação do SUS (Gerschman, 1995), (Vasconcelos, 2005).

Em primeiro lugar ressalta-se o paradoxo de implantar-se uma política universalista em um contexto de ajuste econômico muito estrito. O financiamento do SUS apresenta problemas de quantidade – apesar do crescimento do orçamento público para saúde nos últimos quinze anos, estamos longe de atingir um montante de recursos suficiente para estabilizar o sistema – e do modo como se procede a descentralização financeira, ainda muito presa à lógica do período anterior, centrada no pagamento por procedimentos e bastante fragmentada em dezenas de contas com critérios para recebimento e prestação de contas distintos e reiterativos.

O primeiro impasse resulta da predominância de políticas de corte monetarista no cenário nacional e dependem de grandes articulações políticas e de mudanças profundas para que se logre ampliar os gastos públicos em saúde e em outras políticas sociais. Uma análise pessimista (inteligente?) do contexto identifica baixa possibilidade de que se componha, à curto prazo, um bloco político capaz de alterar este quadro. A adesão acrítica e ativa do governo Lula ao projeto de ajuste econômico tradicional agravou a desarticulação e enfraqueceu os movimentos a favor de políticas de bem-estar-social no país.

No entanto, o segundo impasse, o referente à manutenção de formas de pagamento bastante fragmentadas a municípios e prestadores, com base principal em produção, não pode ser atribuído ao contexto adverso às políticas públicas. Ao contrário, a avaliação e reformas gerenciais são até estimulados pela cultura dominante. A inércia neste campo é, provavelmente, decorrência da inapetência dos governantes para debruçarem-se sobre reformas estruturais fundamentais para o sistema, mas com baixa visibilidade política imediata. É difícil, senão impossível, encontrar-se outra compreensão.

A reforma sanitária também quase que se interrompeu no que se refere ao reordenamento do sistema de saúde: pouco se vem fazendo em função da reformulação do modelo de atenção hospitalar e especializada – há mudanças importantes no campo da saúde mental, da AIDS e do câncer, note-se, contudo, que estas novidades foram produzidas pelo movimento sanitário e depois incorporadas por alguns governantes, o que seria um bom sinal, sem dúvida, aponta-se este fato para se comprovar uma importante esterilização criativa do espaço governamental. Mesmo no campo específico da Saúde Coletiva os impasses continuam. Além do um discurso vago sobre a Promoção e sobre as Cidades Saudáveis – vago, porque raramente sugere-se algo mais do que seminários e reuniões -, continua o impasse sobre como articular-se o combate a epidemias, endemias e mesmo a fatores de risco que aumentam a vulnerabilidade da população, em um sistema descentralizado.

Finalmente, há o impasse específico sobre como prosseguir-se com a descentralização.

Alguns desafios estratégicos

As estratégias insinuadas ou mesmo as abaixo sugeridas não poderiam resolver ou eliminar os paradoxos analisados, na realidade, pensou-se alguns movimentos

supostamente potentes para assegurar que a política pública de saúde no Brasil continuaria sua trajetória orientada segundo valores e experiências sintetizados no SUS.

É necessário rever papéis e responsabilidades dos entes federados e modificar o desenho da descentralização. Isto implicar em revisão da legislação infraconstitucional que regulamenta a descentralização, caminhando-se para um modelo que assegure a unidade ao sistema mediante contratos de gestão renováveis periodicamente e que tenham abrangência ampla: financeira, assistencial e gerencial.

Há indefinição nas responsabilidades de cada ente federado e seria importante a realização de um novo pacto de gestão, em que fosse estabelecida com maior precisão a participação da União e dos Estados no financiamento e na gestão do sistema.

Delega-se ao município a responsabilidade por garantir atenção universal e integral, entretanto, há grande grau de arbítrio sobre o financiamento e apoio que Ministério e Secretarias de Estado darão a cada sistema local. O financiamento da atenção hospitalar obedece a critérios de produção e a habilitação de novos serviços é uma guerra política em que os critérios epidemiológicos e de carência regional nem sempre são considerados. O custeio da atenção básica, por exemplo, quanto caberia a cada ente? Hoje, o Ministério da Saúde além de um pequeno Piso para a Atenção Básica, paga parte dos custos das equipes de Saúde da Família somente para os municípios que houverem implantado tal programa. Cada Estado tem autonomia para contribuir ou não com os sistemas locais. Seria importante definirem-se cotas para cada ente, conforme um desenho considerado adequado para organizar a atenção primária em cada localidade. O mesmo caberia em relação à atenção especializada (mental, bucal, etc), em saúde coletiva e hospitalar.

Outro movimento fundamental é o que leve a reordenação da forma de financiamento, caminhando-se para um modo que agregue recursos segundo grandes projetos ou linhas de atenção – atenção primária, AIDS, saúde mental, câncer, vigilância, etc - e que os repasses ocorram segundo uma combinação do volume da produção e de um pacto de gestão em que o sistema local assumiria determinadas responsabilidades e receberia recursos segundo estes compromissos e a capacidade para produzir ações. Esta reforma, não somente promoveria maior autonomia para os sistemas locais, dando-lhes possibilidade de alocar recursos com maior liberdade em projetos acordados previamente, como também asseguraria maior possibilidade de coordenação do sistema, já que o repasse de recursos dependeria de contratos de gestão em que as partes se comprometeriam com projetos amplos de mudança de modelo, expansão e racionalização do atendimento, etc.

A Regionalização Solidária é outro desafio, e que poderia ser incluído neste novo pacto de gestão acima sugerido. Algumas mudanças seriam fundamentais: a oficialização de Comissões Bipartites Regionais, compostas pela totalidade dos municípios de cada região sanitária e por representação das Secretarias de Estado, e com poder para elaborar o Plano regional de investimentos e de atenção à saúde, bem como o de acompanhar sua implantação, realizando modificações necessárias. Como já se discutiu acima, a instância colegiada não é potente para realizar a gestão do sistema regionalizado, neste caso, acredito, seria decisivo assegurar e mesmo exigir que as Secretarias de Estado cumprissem o papel de coordenar cada região de saúde, sempre em função do determinado pelo pleno da Comissão Bipartite e respeitando a norma da direção única em cada âmbito municipal. Neste caso, em cada região haveria municípios pólos ou de referência que assumiriam responsabilidade pela atenção à saúde especializada de usuários de outros municípios da região, recebendo no Contrato de Gestão, recursos da União e dos Estados de forma que esta responsabilidade não onerasse o orçamento da cidade referência. O atendimento

deveria ser assegurado mediante um sistema informatizado, valendo-se de Centrais de Regulação e do cartão SUS. Aliás, esta é a principal justificativa para este projeto, sem esta função o Cartão SUS nada mais é que propaganda demagógica.

Outro impasse refere-se à forma como foi delegada aos municípios a responsabilidade pela contratação de pessoal encarregado da atenção direta às pessoas. Este modelo representa um limite concreto à descentralização e à própria expansão do SUS, já que as regras do ajuste econômico e da responsabilidade fiscal são incompatíveis com o volume de atribuições e de responsabilidades determinadas às cidades. Uma saída possível, entre outras, seria a de se pensar modificações na legislação que permitissem uma corresponsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios pela contratação de pessoal, criando-se uma carreira do SUS, de caráter nacional, mas gerenciada pelo poder local, com previdência e encargos trabalhistas decorrentes assumidos pelas três esferas de governo e que permitisse uma mobilidade de pessoal entre os diferentes sistemas locais, com realização de concursos e sistema de promoções com abrangência regional ou estadual. Para isto seria importante pensar-se o SUS como uma autarquia especial, vinculada às três esferas de governo.

Por último, não há como deixar de se considerar a predominância excessiva do poder executivo na gestão do SUS. Valeria aprofundar-se a discussão sobre modos e maneiras para ampliar o poder dos usuários e trabalhadores nas várias instâncias em que há gestão, desde a gestão do trabalho em equipe, nos serviços, redes locais e regionais e até a própria condução do sistema. Pensar-se um outro desenho para as organizações públicas, talvez algo semelhante às universidades públicas brasileiras, em que se preservou o seu caráter público, mas descobriram-se mecanismos para diminuir a interferência partidária e mesmo das várias administrações governamentais em sua gestão. A definição de critérios técnicos e éticos para a ocupação de funções de direção de serviços, até hoje consideradas funções de livre provimento e, portanto, com indicações sujeitas ao arbítrio absoluto do poder executivo é um outro exemplo, entre outros, de modificação dos costumes políticos do SUS. A ampliação dos modos de avaliação e de controle sobre o cumprimento de leis, normas ou de programas acordados em instâncias decisórias do sistema, todos são modos para reduzir o grau de arbítrio seja do político profissional, do sanitarista, do sátrapa ou do santo de plantão no poder executivo. De qualquer modo, fica o desafio de assegurar-se a continuidade dos programas e ações sanitárias quando há troca de comando no executivo, processo inevitável em sociedades democráticas como é a nossa pretensão nacional, um dia, quem sabe, talvez, sendo, afinal.

BIBLIOGRAFIA

- ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educ. Soc.**, setembro 2002, vol.23, n.80, p.25-48.
- BANCO MUNDIAL. **Salud: documento de política sectorial**. Washington, D.C., 1975.
- BANCO MUNDIAL. **A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90**. Washington, D.C. 1995 (relatório n. 12655- BR).
- BRASIL – MINISTÉRIOS DA SAÚDE – **Relatório sobre a XII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2004.

- CAMPOS & ONOCKO CAMPOS. Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas. **Saúde em Debate**, n.55, v.24, p. 82/91, maio/agosto 2000.
- CARVALHO, GILSON C. M. **O Financiamento público federal do Sistema Único de Saúde – 1998/2001**. São Paulo, 2002. (Tese de doutorado em saúde Pública – DSMI/FSP/USP).
- CARVALHO, G. & SANTOS, L. **Comentários á lei orgânica da saúde: sistema único de saúde**. São Paulo, ed. Hucitec, 1995.
- CASTRONOVO, RAQUEL. **Integración o desintegración social en el mundo del siglo XX**. Buenos Aires, Espacio editorial, 1998.
- CONASEMS. Carta de Blumenau aos candidatos à presidência da república e aos governos dos Estados. **SAÚDE EM DEBATE**, vol.26, n.62, p.347/8, set/dez, 2002.
- CONASENS. **Carta de Natal**. Natal/RN, 2004. (Documento político do XX Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde).
- COSTA, ANA M. **Análise da oferta de atenção á saúde da mulher no SUS**. Brasília, 2005. (Relatório de pesquisa NESCO/UnB).
- COSTA, NILSON R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: Barjas, N. & Giovanni, G. **Brasil Radiografia da Saúde**. Campinas/SP, 2001. (Obra publicada pelo Instituto de Economia/UNICAMP).
- COSTA, V. Relações Intergovernamentais no Brasil: desenvolvimento recente e perspectivas. In: MEEKISON, J.P. **Relações intergovernamentais em países federais: uma série de ensaios sobre a prática de governança federal**. Ottawa: Fórum de Federações, 2003.
- FLEURY, SÔNIA. Equidade e reforma sanitária: Brasil. **Saúde em Debate**, Londrina/PR, n.43, junho, 1994.
- GERSCHMAN, SÍLVIA. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro, editora FIOCRUZ, 1995.
- MIRANDA, ALCIDES S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde**. Salvador, 2003. (Tese de doutorado – ISC/UFBA).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias. **Publicación científica n. 519**. Washington, D.C. 1990.
- RIBEIRO, J.M. & COSTA, N.R. Experiência de gestão descentralizada de redes e organizações. In: Barjas, N. & Giovanni, G. **Brasil radiografia da saúde**. Campinas/SP, 2001. (Obra publicada pelo Instituto de Economia da UNICAMP).
- RIZZOTTO, MARIA LÚCIA F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**. Campinas, 2000. (Tese de doutorado em Saúde Coletiva – DMPS/FCM/UNICAMP).
- SOARES, LAURA T.R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro, editora da UFRJ, 1999.
- UGÁ, MARIA ALÍCIA D. Ajuste e política social: a experiência latino-americana. In: **Política, planejamento e gestão em saúde**, Série Estudos n. 2. Rio de Janeiro, FGV, 1994.
- VASCONCELOS, CIPRIANO M. **Paradoxos da mudança no SUS**. Campinas, 2005. (Tese de doutorado – DMPS/FCM/UNICAMP)
- WORLD BANK. **Brasil – Health Sector Reform Project – Reforsus**. Washington, 1996.