

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

**A POLÍTICA DE REGULAÇÃO DO SETOR PRIVADO NA SAÚDE EM
PERSPECTIVA COMPARADA:
OS CASOS DE BELO HORIZONTE/MG E PORTO ALEGRE/RS**

Luciana Leite Lima

Campinas, março de 2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP
Bibliotecária: Cecília Maria Jorge Nicolau CRB nº 3387**

L628p **Lima, Luciana Leite**
A política de regulação do setor privado na saúde em
perspectiva comparada: os casos de Belo Horizonte/MG e Porto
Alegre/RS / Luciana Leite Lima. - - Campinas, SP : [s. n.],
2010.

Orientador: Valeriano Mendes Costa.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas,
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Análise institucional. 2. Administração pública. 3. Política de saúde. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Título em inglês: The private sector regulation policy in the health: the cases of Belo Horizonte/MG and Porto Alegre/RS

Palavras chaves em inglês (keywords) : Institutional analysis
Public management
Health policy

Área de Concentração: Políticas Públicas

Titulação: Doutor em Ciências Sociais

Banca examinadora: Valeriano Mendes Costa, Telma Maria Gonçalves
Menicucci, Soraya Maria Vargas Cortes, Fernando
Lourenço, Bruno Speck

Data da defesa: 18-03- 2010

Programa de Pós-Graduação: Ciências Sociais

C₁
R-455

A política de regulação do setor privado na saúde em perspectiva comparada: os casos de Belo Horizonte/MG e Porto Alegre/RS

Tese de doutorado em Ciências Sociais apresentada à Banca Examinadora no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação do Prof. Dr. Valeriano Mendes Costa.

Aprovado em: 18/03/2010

Este exemplar corresponde à redação Final da Dissertação/Tese defendida e aprovada pela Comissão julgadora em

18/03/2010

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Valeriano Mendes Costa (Orientador)

Prof. Dr. Fernando Lourenço (IFCH/UNICAMP)

Prof. Dr. Bruno Speck (IFCH/UNICAMP)

Profa. Dra. Soraya Cortes (IFCH/UFRGS)

Profa. Dra. Telma Menicucci (DCP/UFGM)

Suplentes

Dra. Fátima Fortes (FJP)

Prof. Dr. Cláudio Couto (FGV)

Prof. Dr. Emerson Merhy (FCM/UNICAMP)

Campinas, março de 2010

Agradecimentos

Agradeço a todos os gestores que aceitaram contribuir com este trabalho, obrigada por sua atenção e disponibilidade.

Agradeço ao meu orientador Professor Valeriano e aos funcionários do IFCH/UNICAMP.

RESUMO

Este trabalho analisa e compara a gestão e implementação da política de regulação do setor privado em Belo Horizonte e Porto Alegre do início dos anos 1990 até 2008, seu arranjo institucional e as relações entre os atores públicos e privados. Foram utilizadas informações qualitativas coletadas junto a gestores públicos e privados nas duas capitais. Concluiu-se que o desenvolvimento da política de regulação do setor privado nos municípios estudados foi influenciado pelas seguintes variáveis: (a) institucional, na medida em que a conformação das estruturas institucionais das Secretarias Municipais de Saúde incentivou ou limitou o desenvolvimento das iniciativas de regulação dos serviços prestados pelo setor privado; (b) político-partidária, uma vez que o grau de fragmentação da coalizão política dominante implicou maior ou menor continuidade da política, expressando o compartilhamento ou não de prioridades para o setor; (c) técnico-políticas, pois a existência de uma comunidade de política mais ou menos articulada com o governo esteve relacionada tanto com a adesão ao SUS quanto com o compartilhamento de prioridades entre gestões governamentais distintas; (d) ideológicas, já que se verificou também uma significativa diferença na visão sobre a participação do setor privado na saúde entre os gestores das duas capitais. Essa acarretou maior ou menor prioridade para a política de regulação dependendo se uma visão negativa ou pragmática.

ABSTRACT

This work analyzes and compares management and implementation of the private sector regulation policy in Belo Horizonte and Porto Alegre since the beginning of the 90's until 2008, its institutional arrangement and relations between public and private actors. Qualitative information collected from public and private managers in both capitals were used.

Conclusion was that the private sector regulation policy development in the studied cities was influenced by the following variables. Institutional, to the extent that the Municipal Health Departments institutional structure conformation fostered or limited the development of initiatives to regulate services provided by the private sector. Politico-partisan, once that the fragmentation degree of the dominant political coalition implied greater or lesser continuity of the policy, expressing or not a shared set of priorities for the sector. Technico-political, as the existence of a policy community more or less articulated with the government was related both to the SUS adhesion as well as to a shared set of priorities in distinct governments. Ideological, once it was verified significant difference in the perspective of both capitals managers, regarding private initiative participation in the health sector. It caused greater or lesser priority to the regulation policy, depending on a negative or pragmatic perspective.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
ABORDAGEM TEÓRICA.....	12
MÉTODO.....	15
COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS.....	20
ANÁLISE DOS DADOS.....	23
 Capítulo 1	
Desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil: construindo o público e o privado.....	25
A CONSTITUIÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	26
A POLÍTICA DE SAÚDE NOS ANOS 90.....	32
 Capítulo 2	
Apresentação dos municípios selecionados: Belo Horizonte e Porto Alegre.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
 Capítulo 3	
Descrição das conjunturas críticas.....	47
O DEBATE SOBRE O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	48
O DESENVOLVIMENTO DE MECANISMOS DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE.....	50
O PROCESSO DE FORMALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DOS SERVIÇOS PRIVADOS NO SISTEMA DE SAÚDE.....	52
<i>Breve descrição da trajetória dos contratos entre setor público e prestadores privados.....</i>	<i>53</i>
<i>O contexto normativo do Programa Federal de Contratualização dos hospitais filantrópicos de 2005.....</i>	<i>58</i>
 Capítulo 4	
Gestão e implementação da política de saúde: o caso de Belo Horizonte.....	63
CONJUNTURA CRÍTICA: O DEBATE SOBRE O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	63
CONJUNTURA CRÍTICA: DESENVOLVIMENTO DE MECANISMOS DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE.....	68
CONJUNTURA CRÍTICA: O PROGRAMA DE CONTRATUALIZAÇÃO.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
 Capítulo 5	
Gestão e implementação da política de saúde: o caso de Porto Alegre.....	123
CONJUNTURA CRÍTICA: O DEBATE SOBRE O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	123
CONJUNTURA CRÍTICA: DESENVOLVIMENTO DE MECANISMOS DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE.....	128
CONJUNTURA CRÍTICA: O PROGRAMA DE CONTRATUALIZAÇÃO.....	154
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	167
 CONCLUSÃO.....	173
LEGADOS E TRAJETÓRIAS.....	173
FEDERALISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	177
DESCENTRALIZAÇÃO E A POLÍTICA DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS.....	182
PARTIDOS POLÍTICOS, POLICY COMMUNITIE E A POLÍTICA DE REGULAÇÃO DO SETOR PRIVADO.....	186
A RELAÇÃO ENTRE OS ATORES PÚBLICOS E PRIVADOS.....	193
 BIBLIOGRAFIA.....	203
 ANEXOS.....	211

Lista de Quadros

Quadro 01- Gestores Públicos e Privados de Porto Alegre.....	19
Quadro 02- Gestores Públicos e Privados de Belo Horizonte.....	20

Lista de Gráficos

Gráfico 1- Despesa total com saúde por habitante (R\$ milhões).....	40
Gráfico 2- Despesa (em saúde) com recursos próprios municipais por habitante (R\$ milhões).....	40
Gráfico 3- Participação percentual da despesa com recursos próprios municipais em relação a despesa total com saúde.....	41
Gráfico 4- Receita de transferências para a saúde por habitante (R\$ milhões).....	42
Gráfico 5- Participação percentual de transferências para a saúde em relação a despesa total com saúde.....	43
Gráfico 6- Participação percentual de recursos de investimento em relação a despesa total com saúde.....	44

Lista de Tabelas

Tabela 01 - Estabelecimentos de saúde por esfera administrativa em Belo Horizonte em 1992 e 1999.....	69
Tabela 02 - Estabelecimentos de saúde por esfera administrativa em Porto Alegre em 1992 e 1999.....	132
Tabela 03 – Número de hospitais em Porto Alegre, segundo regime, de 1992 a 2000.....	136

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa pretende inserir-se na subárea denominada “análise de políticas públicas”, comumente atribuída, nas Ciências Sociais, ao domínio da Ciência Política. De acordo com as definições mais divulgadas, analisar uma política pública compreende estudar o “Estado em ação”, o exercício da autoridade consubstanciada na produção de políticas. Nesse sentido, essa área “tem como objeto específico o estudo de programas governamentais, particularmente suas condições de emergência, seus mecanismos de operação e seus prováveis impactos sobre a ordem social e econômica” (ARRETCHE, 2003, p. 8).

Souza (2003-b) conceitua política pública como um

campo de conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação [...] e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e/ou entender por que e como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro [...]. [...] o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real [...] e sua essência é o embate em torno de idéias e interesses (SOUZA, 2003-b, p.13).

Aqui se empreendeu uma análise comparativa da gestão e implementação da política pública de saúde (SUS) nos municípios de Belo Horizonte/MG e Porto Alegre/RS, sendo o viés da análise as relações entre gestores públicos municipais de saúde e prestadores privados de serviços de saúde. Em outras palavras, o foco da análise é a ação do governo local no seu esforço de gerir e implementar a política a qual será observada a partir de suas relações com o setor privado que presta serviços ao SUS. A pergunta que se quer responder é: o que explica a conformação e trajetória da política de regulação do setor privado no município?

Este trabalho constitui-se, assim, em um esforço de análise de uma política pública, seu arranjo institucional e as relações entre os atores que deverão executá-la. Mais especificamente seus impactos nas dinâmicas daqueles níveis de governo que devem operacionalizá-la, neste caso os municípios. Inserindo-se no campo de análise de implementação de políticas. “[...] estudar a ação pública [...]

consiste em compreender as lógicas implementadas nestas diferentes formas de intervenção sobre a sociedade” e “em identificar os modos de relação existentes entre atores públicos e privados [...]” (MULLER e SUREL, 2002, p. 7).

As relações entre setor privado e os governos locais em um contexto de redefinição de atribuições na gestão e operacionalização do sistema de saúde é um tema que se articula com os atuais debates sobre os limites e avanços da implementação da reforma institucional e com as novas configurações que adquire a política no decorrer desse processo. Este estudo assume especial relevância diante do que constata Arretche (2003, p. 342): a disponibilidade de poucas informações e pesquisas que se ocupam das relações entre governos locais e prestadores privados de serviços de saúde – não se tendo medidas de sua caracterização e influência na gestão da política de saúde local.

Se analisar uma política pública é estudar o “governo em ação” (SOUZA, 2003-c, p. 18) esta pesquisa procura contribuir para uma melhor compreensão das ações dos governos locais no que se refere à condução da política de saúde. A curiosidade por entender o funcionamento de uma política é, em última instância, um esforço por tentar compreender como opera um governo, como são geridos os recursos públicos, como são formadas e transformadas as relações entre público e privado no intuito de dar operacionalidade às ações de governo.

Abordagem teórica

No estudo sobre políticas públicas, alguns autores¹ apontam para a utilização da perspectiva neo-institucional. A análise institucional enfatiza a relevância das instituições na compreensão do comportamento dos atores e nos resultados das políticas. As instituições, de uma forma genérica,

¹ March e Olsen, 1984; Levi, 1991; Muller e Surel, 2002; Souza, 2003-a; Faria, 2003; Frey, 2000; Coelho, 1998; Marques, 1997; Menicucci, 2007.

representam as “regras do jogo”, isto é, o contexto de ação no qual os atores políticos participantes dos processos decisórios agem (MARQUES, 1997; FREY, 2000). Assim, considera-se que os atores agem não somente por interesses pessoais, mas suas ações são afetadas pelo contexto institucional no qual estão inseridos.

Na abordagem institucional evidencia-se, aqui, a corrente chamada neo-institucionalismo histórico, que enfatiza o processo histórico de emergência e desenvolvimento da política, considerando o legado de políticas precedentes. As opções políticas são sempre constrangidas pelo legado da política existente (*policy*), das estruturas políticas (*polity*) e administrativas (ORLOFF, 1988) e pela competição política (*politics*).

Nessa perspectiva o desenvolvimento institucional é visto enfatizando a *path dependence*, trajetória dependente, e as conjunturas críticas. A trajetória dependente refere-se à influência de políticas prévias na configuração de novas políticas. Atentar para a importância da trajetória dependente significa aceitar que a capacidade de um governo de assumir novas políticas é influenciada por políticas anteriores que geraram “certas capacidades administrativas, definiram uma distribuição de recursos, incentivaram alianças e consolidaram procedimentos burocráticos” (COELHO, 1998, p. 6). Desse modo, a evolução de uma nova política é afetada por políticas anteriores, que geraram certas capacidades políticas e institucionais e definiram uma dada distribuição de recursos. Pierson (2001) enfatiza que a *path dependence* não implica imutabilidade das instituições, mas sim que as mudanças ocorrem “amarradas”, constituindo-se assim em uma forma de limitar conceitualmente o conjunto de escolhas e unir o processo de decisão ao longo do tempo.

Abarcam-se elementos de continuidade e mudança, as instituições são apreendidas em termos relacionais e os arranjos institucionais não podem ser entendidos isolados do cenário político e social no qual estão inseridos (THELEN, 1999). Deve-se salientar que a relação entre instituições e o

comportamento dos atores não é de determinação. As instituições fornecem o contexto para a ação, auxiliando no entendimento de por que os atores fazem determinadas escolhas. Não se exclui a capacidade da agência humana, apenas enfatiza-se o papel das instituições. Entende-se que toda “rota” eficaz e institucionalizada tomada tende a tornar-se coercitiva.

Não se pode negligenciar o fato de que assim como os atores são influenciados pelas instituições, essas também são afetadas pelas ações dos atores, num movimento de retroalimentação que garante tanto a permanência ou reforma das instituições, por meio das ações dos atores, quanto a limitação dessas mesmas ações por meio dos mecanismos institucionais.

As conjunturas críticas são os momentos de construção institucional (LIEBERMAN, 2001), momentos específicos de uma trajetória institucional no qual ocorrem mudanças que podem dar origem a uma nova trajetória. Thelen (1999) salienta que as instituições evoluem em resposta a mudanças no ambiente e manobras políticas, mas de maneira que são constrangidas pela trajetória passada. Mudança e continuidade são dimensões de um mesmo fenômeno. É interessante notar que a mudança é característica das instituições e pode mesmo operar como mecanismo de reprodução institucional.

Neste trabalho assume-se que as políticas públicas podem ser consideradas instituições. Isso porque se constituem de normatividade e materialidade (estruturas e recursos) que conformam espaços de ação. Da mesma forma que a existência de normas formais e informais rege a convivência dos atores e conforma suas escolhas, um conjunto de estruturas impõe possibilidades específicas em contextos de mudança. Por exemplo, no sistema de saúde brasileiro no contexto de mudança institucional havia um limite de ação dado pela existência de um grupo significativo de organizações privadas atuando na prestação de serviços assistenciais ao sistema público. A idéia de um sistema estatal implicava em grandes custos financeiros, políticos e administrativos derivados de uma estratégia de estatização. Tal

opção se mostrou pouco sedutora. Assim, a mudança é pautada pelas possibilidades definidas pelo contexto existente.

Os conceitos de trajetória dependente e conjuntura crítica se prestam a análise do desenvolvimento institucional e permitem abarcar essas duas dimensões: permanência e mudança.

As políticas públicas (instituições) são observadas como variáveis independentes que, em interação com as especificidades locais, auxiliam no entendimento do comportamento dos atores e da trajetória e conformação da política em âmbito local. Dessa forma, propõem-se duas ordens de variáveis para auxiliar no entendimento da *performance* do governo local na gestão e implementação da política de regulação do setor privado, uma diz respeito à trajetória pretérita da política (variável institucional) e outras que dizem respeito a variáveis locais só identificadas a partir de pesquisa empírica.

Método

O interesse pelo estudo de uma política pública está na oportunidade de congrega duas áreas caras à pesquisadora: a administração e a ciência política. O campo de estudo denominado de políticas públicas permite esta manobra. Uma política pública enquanto fruto de atividade política permite observar a dinâmica de funcionamento das instituições políticas assim como as relações entre atores públicos e privados. Como plano de ação possibilita observá-la pela ótica da técnica administrativa.

Esta tese nasceu de questionamentos resultantes de minha a dissertação de mestrado que versava sobre as capacidades municipais para a gestão da política de saúde.

Propõe-se como campo empírico o estudo comparado de duas capitais estaduais: Porto Alegre e Belo Horizonte. Porto Alegre serviu como campo de análise para a dissertação de mestrado intitulada

“Gestão da Política de Saúde no Município: a questão da autonomia” (LIMA, 2005), o que permitiu contato com os gestores municipais que atuaram no período 1993-2004.

Fato importante é que as duas capitais estão enquadradas na mesma categoria de gestão, o que implica mesmo arcabouço legal para regulação das relações entre gestores municipais da saúde e prestadores privados de serviços de saúde. Além disso, tanto Porto Alegre quanto Belo Horizonte experimentaram períodos significativos nos quais foram governadas diretamente pelo Partido dos Trabalhadores ou por coalizões – nas quais era participante: Porto Alegre no período de 1989 à 2004 e Belo Horizonte nos períodos de 1993 à 2008.

A pesquisa histórica é uma solicitação da perspectiva teórica que se pretendeu mobilizar. Para tanto se procedeu à pesquisa bibliográfica e documental, as principais fontes de busca foram: pesquisa em bancos de dados disponíveis *on line*, como o *Google* acadêmico, Scielo, periódicos Capes etc; pesquisa nos arquivos públicos governamentais dos municípios estudados e bibliotecas.

As principais fontes de dados foram as entrevistas semi-estruturadas, gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora junto aos atores públicos e privados. Foram utilizados dois roteiros (Anexo 1 e 2), um para os gestores públicos e outro para gestores privados, abarcando os principais temas de interesse, com isso se possibilitou uma entrevista mais aberta na qual o informante teve liberdade relativa para tratar as questões. Deve-se salientar que o roteiro contém todas as questões que gostaria de perguntar. Obviamente que nem sempre os informantes tinham conhecimento de alguns acontecimentos. Outras vezes, em virtude do tempo curto que me era dispensado não pude fazer todos os questionamentos então optava por escolher questões de maior interesse de acordo com o perfil do

entrevistado. Em outros casos, o tempo foi maior do que o necessário e pude aprofundar alguma questão que poderia ou não constar no roteiro².

As entrevistas foram realizadas com dois grupos de atores: os gestores municipais de saúde e/ou assessores de gestão do município de Porto Alegre e de Belo Horizonte e gestores de hospitais privados que prestam serviços para o sistema público de saúde. O critério para definição dos atores governamentais foi sua participação na gestão da política de saúde local a partir da municipalização da saúde. Em relação aos gestores privados o critério de escolha foi a participação da organização que representam (hospital) como prestadora de serviços para o SUS.

Para entrevistar pessoas que estivessem trabalhando nas Secretarias Municipais de Saúde foi necessário apresentar solicitação nos Comitês de Ética em Pesquisa. Em Porto Alegre, a solicitação foi feita em julho de 2006 e a resposta afirmativa foi dada em agosto de 2007. Em Belo Horizonte a solicitação foi feita em junho de 2007 e em junho de 2008 recebi a aprovação.

Foram entrevistadas trinta e quatro pessoas. Além disso, utilizei seis entrevistas feitas para a elaboração da dissertação de mestrado. Das entrevistas realizadas para esta tese duas não foram utilizadas. A entrevista realizada com o Coordenador do Conselho de Saúde de Porto Alegre não foi utilizada porque não consegui falar com o CMS de Belo Horizonte. Realizei uma entrevista para checar algumas informações com o diretor de um grande hospital federal de Porto Alegre, também não foi utilizada.

² Por exemplo, certa vez fui entrevistar o diretor de um hospital que me disse que teria quinze minutos para me atender. Em outra ocasião um informante me recebeu em sua casa, me dispensando duas horas de seu tempo. Outra vez, fiz uma entrevista dentro de um carro, enquanto o entrevistado resolvia situações cotidianas como levar sua esposa ao trabalho, conversar com a secretária da faculdade onde lecionava e ir ao correio. Cada situação pede uma ação diferenciada, seja selecionar duas ou três questões ou expandir um ou mais temas específicos que acreditava serem mais interessantes para mim e para o entrevistado.

Gostaria de relatar que nas primeiras entrevistas que fiz já no mestrado, percebi que me preocupar somente com o que me interessava poderia entediar e até irritar meus informantes, diminuindo seu interesse em responder da melhor forma e incentivando-o a me dispensar o mais rápido possível. Com isso, tenho me esforçado em construir questões que despertem o interesse dos entrevistados. Por esse motivo optei por trabalhar com roteiro e não com perguntas fechadas. Com o roteiro tenho liberdade para elaborar questões de acordo com as circunstâncias da entrevista que são bastante diversas.

Cabe enfatizar que no caso dos gestores privados há uma significativa rotatividade nos cargos de gestão. No que se refere aos gestores públicos a fluidez do processo decisório e as várias arenas nas quais se desenvolve implica uma certa especialização temática. Assim, têm-se gestores que dominam certos temas e por isso desconhecem outros. Com isso não é possível obter relatos sobre os mesmos fatos de todos os informantes. Cada um possui sua especificidade e contribui mais ou menos para determinado tema de acordo com sua trajetória.

Além disso, deve-se dizer que houve uma preocupação em entrevistar mais ou menos o mesmo número de indivíduos para as duas categorias. Em Porto Alegre, foram entrevistados sete gestores públicos e cinco privados. Em Belo Horizonte, foram entrevistados dez gestores públicos e nove privados. Não foi possível tanto em Porto Alegre quanto em Belo Horizonte entrevistar todos os gestores públicos do período 1993-2008, alguns se recusaram a colaborar com a pesquisa e outros não retornaram os contatos, contudo procurei todos. Também não foi possível entrevistar os representantes de todos os hospitais que prestam serviços para o SUS nos municípios. Entre estas instituições é grande a desconfiança e os gestores resistem a fornecer informações sobre o funcionamento do hospital. Aqui também foram contatadas todas as instituições. Cabe explicar que a rede hospitalar privada nos municípios é composta por hospitais gerais e especializados. Foram contatados somente os hospitais gerais, pois se acredita que os especializados têm uma demanda e uma relação com o gestor público diferenciada dada sua especificidade. Quando nos referimos aos hospitais privados consideramos os privados “puros” e os privados filantrópicos.

Em Porto Alegre dos cinco hospitais privados sem fins lucrativos conveniados com a SMS, três foram entrevistados. Em Belo Horizonte dos nove hospitais privados sem fins lucrativos conveniados, quatro foram entrevistados. Em Porto Alegre existe um hospital privado com fins lucrativos conveniado ao SUS e em Belo Horizonte são quatro. Por coincidência, ou não, nenhum destes hospitais

concordou em participar desta pesquisa. Além disso, entrevistei integrantes de instituições representativas dos hospitais.

Optou-se por não utilizar os nomes dos informantes, pois alguns assim solicitaram.

Os quadros abaixo apresentam uma sistematização dos informantes. Cabe destacar que muitas vezes os indivíduos são funcionários públicos, o que significa que sempre estão participando de uma forma ou de outra na gestão da política. Procurei expor as datas dos cargos mais influentes que ocuparam.

Quadro 01- Gestores públicos e privados de Porto Alegre

Gestor/Técnico	Função	Profissão
Gestor Público PoA 1	Secretário de Saúde de 1993 a 1996	Médico.
Gestor Público PoA 2	Secretário de Saúde – 1998-2000	Médico.
Gestor Público PoA 3	Gerente de Regulação de Serviços de Saúde – 1998 a 2000 Secretário de Saúde – 2001 a 2003	Médico.
Gestor Público PoA 4	Secretário de Saúde	Médico.
Gestor Público PoA 5	Secretário de Saúde de 2005 a 2007	Médico.
Gestor Público PoA 6	Secretário Adjunto de Saúde de 1993-1997	Médico.
Gestor Público PoA 7	Secretário de Saúde 1996 – 1997	Médico.
Gestor Público PoA 8	Secretário Adjunto de Saúde de 2001-2004.	Médico.
Assessor Técnico 1	Assessor Técnico do Gabinete do Secretário de Saúde – 2001 a 2004	Médico.
Assessor Técnico 2	Gerente da Central de Regulação 2005- 2008	Médico.
Assessor Técnico 3	Coordenador da Assessoria de Planejamento de 1993-1996 e 2001-2003	Médico.
Assessor Técnico 4	Médico regulador.	Médico.
Gestor Privado PoA 1	Diretor Administrativo	Administrador.
Gestor Privado PoA 2	Assessor para relações institucionais Ex-assessor de planejamento do INAMPS	Administrador.
Gestor Privado PoA 3	Superintendente da Federação das Santas Casa e Hospitais Filantrópicos do RS	Administrador
Gestor Privado PoA 4	Gerente Administrativo	Administrador.
Gestor Privado PoA 5	Gerente de regulação	Contador.

Quadro 02- Gestores públicos e privados de Belo Horizonte

Gestor/Técnico	Função	Profissão
Gestor Público BH 1	Consultor da Secretaria Municipal de Saúde nos anos 1990.	Médico.
Gestor Público BH 2	Foi consultor da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte na ocasião da municipalização.	Médico
Gestor Público BH 3	Secretário Municipal de Saúde 1989-1992.	Médico.
Gestor Público BH 4	Secretário Adjunto de Saúde de 1993-1996	Médico.
Gestor Público BH 5	Grupo dirigente da SMS na gestão 1993-1996	Médico.
Gestor Público BH 6	Grupo dirigente da SMS na gestão 1993-1996	Médico.
Gestor Público BH 7	Grupo dirigente da SMS na gestão 1993-1996. Gerente de regulação 2003-2008.	Médico.
Gestor Público BH 8	Grupo dirigente da SMS na gestão 1993-1996 Gerente da central de consultas 2003-2008.	
Assessor Técnico 1	Assessor Técnico da SMS.	Médico.
Assessor Técnico 2	Assessora de planejamento nos anos 1980.	Assistente Social
Gestor Privado BH 1	Presidente da Associação de Hospitais de Minas Gerais (AHMG) – da década de 70 até 2008.	Médico
Gestor Privado BH 2	Gerente Administrativo Ex-diretor do INAMPS em Minas Gerais	Médico.
Gestor Privado BH 3	Consultor	Advogado
Gestor Privado BH 4	Gerente Administrativo	Administrador.
Gestor Privado BH 5	Gerente Administrativo	Administrador
Gestor Privado BH 6	Diretor Administrativo	Administrador
Gestor Privado BH 7	Consultor	Advogado
Gestor Privado BH 8	Diretor Administrativo	Administrador
Gestor Privado BH 9	Assessor de Diretoria	Administrador

Coleta e tratamento dos dados

Dado o referencial teórico escolhido para auxiliar no entendimento dos dados, o novo institucionalismo histórico, procedeu-se as seguintes estratégias de tratamento e coleta dos dados.

Quanto a coleta, deve-se levar em consideração que o novo institucionalismo histórico aponta para a importância dos processos ao longo do tempo, o que é operacionalizado pelo conceito de trajetória dependente. Neste sentido, decidiu-se que o período de tempo coberto pela coleta de dados deveria ser o mais extenso possível. Dado que a fonte principal de dados seriam as entrevistas, este período, contudo, estaria limitado pela capacidade de descrição dos fatos. Para evitar complicações ligadas à

memória, decidiu-se fazer um corte e o período definido foi a partir da descentralização do sistema de saúde, princípio dos anos 90. Até porque não se pode dizer que antes disso os Secretários Municipais de Saúde tivessem relações contínuas e institucionalizadas com os prestadores privados de serviços. Claro que toda a informação disponível considerada relevante e robusta sobre fatos anteriores foi utilizada sempre que possível.

Já a estratégia de tratamento dos dados foi norteada pelo conceito de conjuntura crítica. Durante as entrevistas verificou-se que havia períodos nos quais, embora os atores estivessem sempre implementando a mesma política, mudavam as prioridades por consequência ou das próprias ações dos gestores públicos locais de saúde ou por ação do governo federal. Procurou-se assim, identificar os momentos em que ocorriam estas mudanças que impactavam tanto na ação dos atores quanto nas estruturas institucionais locais, sejam públicas ou privadas. Com base em análise de conteúdo das transcrições construí três categorias³ relacionadas com a trajetória do desenvolvimento da política de regulação no município: debate sobre o processo de descentralização, regulação e contratualização.

A definição das conjunturas críticas se deu a partir das modificações observadas nas relações entre os atores públicos e privados. A primeira conjuntura crítica definida se refere aos debates sobre o processo de descentralização, quando a relação entre os atores era incipiente.

A segunda conjuntura crítica foca a assunção da responsabilidade pela gestão dos serviços privados e no desenvolvimento dos mecanismos regulatórios. Cabe esclarecer que a regulação dos serviços de saúde é uma atividade desenvolvida pela burocracia executiva das SMS e tem como objetivo controlar a prestação de serviços não só privada, mas também pública. Constituindo-se assim em um mecanismo de controle de dinâmicas há muito estabelecidas.

³ Com o auxílio do *software* N*VIVO.

A terceira conjuntura crítica é a implementação do programa de contratualização dos hospitais filantrópicos do Ministério da Saúde. Até então as relações entre os gestores municipais de saúde e os prestadores privados não era formalizada, embora houvesse legislação que tratasse do assunto. Em outras palavras, não existiam contratos que expressassem as demandas do gestor público e os direitos e deveres dos prestadores. A inserção da lógica contratual nessas relações implicou uma maior aproximação dos atores e a necessidade de criar instrumentos para acompanhar os contratos.

Assim, enquanto na primeira conjuntura crítica embora houvesse a disposição normativa da gestão dos serviços privados pelos gestores públicos isso não foi ativado, os atores mantiveram certa distância e pouco diálogo. Já a segunda conjuntura crítica marca o início da intervenção do gestor municipal por meio do controle dos serviços prestados pelo setor privado. A terceira conjuntura crítica marca a superação da relação com base simplesmente no controle da produção e busca inserir a lógica contratual⁴ e a gestão por resultados⁵.

Enquanto a descentralização do sistema representou uma inflexão na trajetória da política de saúde, a segunda e terceira conjunturas críticas constituíram-se a partir de desdobramentos da implementação dos princípios do SUS. Contudo, verificou-se que a implantação dos mecanismos de regulação e do programa de contratualização provocou modificações nas relações entre os gestores públicos e os prestadores privados iniciando uma nova trajetória relacional. Além disso, o gestor público mudou seu método de intervenção na prestação de serviços privados.

⁴ Baseada no monitoramento e divulgação de resultados, regras claras, incentivos e punições e avaliações periódicas.

⁵ “A gestão para resultados é uma ferramenta administrativa que [...] alinha o planejamento, a ação e o controle, promovendo a eficiência e a eficácia da organização” (ROSSI, 1999).

Análise dos dados

A análise dos dados foi feita com o emprego de análise de conteúdo. Esta técnica para Bardin (1979) “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (BARDIN, 1979, p. 44). Dessa maneira, o seu objeto de trabalho são as mensagens e seu objetivo é a manipulação dessas, “para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem” (BARDIN, 1979, p. 46). Proceder-se-á ao tratamento dos textos (transcrições) conforme orientação de Bardin, por meio da descrição, inferência e interpretação.

Operacionalmente, o processo desenvolvido foi o seguinte. As transcrições foram lidas diversas vezes em várias ordens para me apropriar dos dados. Num segundo momento, as separei de acordo com os atores e os municípios e então iniciei o esforço de definição das categorias. Manualmente marquei nas transcrições os trechos que correspondiam a cada período que identificava. Nesse momento defini as seguintes categorias: percepção do outro, relação entre atores (tensão-cooperação), informações sobre o período pré-SUS, municipalização, regulação, contratualização e contratos. Pode-se perceber que eram diferentes tipos de informação, expressando a confusão natural de uma primeira tentativa de aproximação e sistematização. Com isso, iniciei a organização dos dados no N*VIVO. Li novamente cada transcrição para confirmar a categorização que havia feito manualmente, como é comum, muitos trechos foram trocados de categoria num movimento que culminou na própria definição das três principais.

Com o auxílio do N*VIVO agrupei os trechos por município e categoria, imprimi, li novamente e iniciei a construção do texto. Primeiramente organizei os trechos de forma a construir uma trajetória compreensível das fases. Depois empreendi um esforço de elaboração da descrição densa dos dados.

Este trabalho está dividido em cinco capítulos além desta introdução e da conclusão. O primeiro capítulo sistematiza o desenvolvimento histórico-institucional do sistema de saúde no Brasil com foco nas relações entre o setor público e privado. O segundo capítulo apresenta alguns dados secundários sobre o financiamento e a rede assistencial dos municípios estudados com vistas a compor minimamente um quadro sobre a gestão da política de saúde local. O terceiro capítulo descreve as conjunturas críticas. O quarto e quinto capítulos trazem respectivamente a descrição densa dos dados coletados em Belo Horizonte e Porto Alegre, subdivididos por conjuntura crítica. Por fim, na conclusão foram sistematizados os resultados da análise destes dados.

Capítulo1

Desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil: construindo o público e o privado

Toda política pública representa a intervenção do governo em um dado setor da sociedade, sendo assim, tem-se, por exemplo, políticas econômicas, políticas externas, políticas sociais. As políticas sociais são “instrumentos de ação do Estado, a partir dos quais seus titulares definem formalmente as orientações, formas de controle e de intervenção diante de determinados setores de atividades sociais” (NEVES, 1993, p. 47). Draibe (1995) esclarece que as funções das políticas sociais são ampliar as oportunidades básicas (como educação e saúde) e corrigir, parcialmente, a ação do mercado.

Com a função de assegurar o desenvolvimento da industrialização, desenvolvem-se as políticas sociais no Brasil. Na década de 1930, observou-se a estruturação e a institucionalização do sistema de proteção social e nos governos militares sua expansão e consolidação.

As políticas sociais brasileiras nascem e desenvolvem-se em contextos autoritários o que lhes acarretou como legado institucional características específicas: centralização decisória, política e administrativo- financeira no governo federal. A política de saúde exibiu estes traços, assim como desenvolveu características próprias como a oposição entre saúde pública e medicina previdenciária. Tem-se, de um lado, ações coletivas, e de outro a assistência individual. Essa configuração permaneceu relativamente inalterada até os anos 1970. A partir daí tem início um intenso debate acerca das condições de saúde da população e da ineficácia das políticas de saúde do regime militar. Como proposta ao modelo vigente opta-se por um sistema de saúde universal e descentralizado, no qual as ações de atenção básica seriam privilegiadas frente às ações chamadas “curativas”.

No entanto, argumenta-se que características históricas de uma política perpassam mudanças institucionais e permeiam o contexto no qual estão inseridos os atores sociais responsáveis por operar

tal reorganização. Para entender de que forma o legado institucional de políticas prévias impacta na configuração da nova política, deve-se conhecer o desenvolvimento e as características da política em questão.

A Constituição e Consolidação do Sistema de Saúde no Brasil

Até 1930, no Brasil, as ações governamentais voltadas para as áreas sociais eram fragmentadas e pontuais. A política de saúde compreendia, basicamente, o combate a grandes endemias e o saneamento dos portos. A assistência médica era oferecida por estabelecimentos filantrópicos e as ações de saúde pública eram desenvolvidas pelos governos locais. Nesse período, são criados e implementados serviços e programas de saúde no nível federal, como as “campanhas sanitárias”. Destinadas ao combate de epidemias urbanas e rurais, as campanhas sanitárias se caracterizavam pela concentração de decisões no governo federal e pelo estilo repressivo de intervenção médica.

A partir da *Revolução* de 1930 inicia-se um processo de ampliação da ação estatal e centralização de poder no governo federal. Esse, visando efetivar o comando nacional das políticas de saúde, passa a encampar as unidades de saúde pública sob a responsabilidade dos estados, dando início a um processo de redução de autonomia estadual na prestação de serviços de saúde. Teixeira (1990) observa que a crescente centralização e intervenção estatal, na América Latina, foram necessárias para promover o desenvolvimento do capitalismo, “seja por necessidade de resguardar a soberania nacional ou de realizar maiores investimentos, ou ainda porque se constitui na principal fonte de geração de emprego urbano” (TEIXEIRA, 1990, p. 79).

A história política e econômica mais recente, de 1930 até a década de 60, reforçou a tradição centralista ao atribuir ao Estado, no nível central, o papel principal no planejamento do desenvolvimento econômico. Para isso, foram realizadas reformas administrativas em vários países, com o objetivo de fortalecer o governo central, dotando-o de condições técnicas para intervir de maneira mais planejada e eficaz (TEIXEIRA, 1990, p. 79).

A crescente intervenção do Estado nas políticas assistenciais e previdenciárias se manifestou na criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)⁶, no interior dos quais surgiu a chamada ‘medicina previdenciária’ (BRAGA e PAULA, 1981). Essa era oferecida aos trabalhadores formais vinculados aos IAPs e compreendia uma assistência médica chamada “curativa” que privilegiava uma abordagem individualista dos problemas de saúde, desvinculando a doença das condições de vida. Neste momento passam a coexistir dois setores ligados à saúde no aparelho do Estado, um ao estilo das “campanhas sanitárias”, que, pode-se dizer, representavam ações de saúde coletiva, e outro compreendia um atendimento individual e curativo, disponível somente aos trabalhadores formais urbanos (LUZ, 1991, p. 80).

A criação de um mercado nacional de trabalho, consequência do processo de industrialização, acarretou a expansão da atenção à saúde para o interior do país. Neste período a prioridade do governo federal era garantir a ampliação e a extensão da atividade industrial. A assistência à saúde desenvolvida estava de acordo com as necessidades deste incipiente processo. Ou seja, ações de saúde pública que visavam diminuir os perigos das epidemias urbanas e rurais, e ações de saúde individual voltadas para o crescente mercado da força de trabalho.

Desde 1930, a ampliação da ação governamental na esfera social caminhou junto com a centralização política e a concentração de poder decisório no Executivo federal. Mais do que isso, o sistema brasileiro de proteção social nasceu, expandiu-se e ganhou suas feições características durante os dois ciclos autoritários- o de Vargas (30/45) e o dos militares (64/84)-, quando o federalismo deu lugar, de fato, a um Estado quase unitário [...]. Em consequência, as políticas sociais não só estiveram associadas à crescente atividade da esfera federal [...], mas exibiram as marcas de concepções autoritárias, que consagraram o predomínio do Executivo federal, dos processos fechados de decisão e da gestão centralizada em grandes burocracias (ALMEIDA, 1995, p. 88).

Durante o regime militar ocorreu uma grande reorientação institucional na administração estatal com o objetivo de garantir a unicidade do sistema de governo. A Constituição outorgada de 1967 e os atos

⁶ Os IAPs eram institutos de seguridade social que sucederam as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Essas eram organizadas por empresas, administradas por representantes das empresas e dos trabalhadores com pouca intervenção do Estado e financiadas com recursos dos empregados e empregadores. Já os IAPs eram organizados por categorias profissionais e regulados pelo Estado com financiamento tripartite (Estado, empresas e empregados).

constitucionais representaram mecanismos de regulação que limitaram a autonomia dos estados e municípios nos planos legislativo, judiciário e administrativo. Houve uma redistribuição de competências a favor da União, possibilitando o controle dos planos e programas administrativos estaduais e municipais através de mecanismos de dependência financeira e da centralização decisória no governo federal (NETO, 1991). A reforma fiscal da década de 60 promoveu uma centralização financeira dos principais tributos no governo federal e, mesmo que tenha ampliado o volume de receitas disponíveis aos municípios, as transferências estavam sujeitas ao controle do governo central (ARRETCHE, 1999, p. 3).

Esta forma de Estado moldou uma das principais características institucionais do Sistema Brasileiro [de Proteção Social]: sua centralização financeira e administrativa. [...] Tal formato institucional era compatível com o tipo de Estado vigente durante a ditadura militar, para o qual estados e municípios eram agentes da expansão do Estado e da execução local de políticas centralmente formuladas (ARRETCHE, 1999, p.3, 4).

No setor saúde ocorreu uma reorganização na assistência. A nova configuração institucional da política de saúde caracterizou-se pela “predominância de um sistema de atenção médica ‘de massa’ [...]”, pelo crescimento do setor privado e pelo “desenvolvimento de um ensino médico [...] voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares” (LUZ, 1991, p. 82).

A orientação privatista dada à política pública de saúde permitiu conciliar interesses diversos: foram atendidas, parcialmente, as demandas sociais e, ao mesmo tempo, os recursos gerados na contribuição compulsória sobre o salário foram utilizados como instrumento de sustentação da atividade do setor privado (POSSAS, 1986). Essa estratégia expressou-se no Plano de Ação para a Previdência Social (PAPS), de 1966, que manifestou a preferência pelo estabelecimento de convênios com as modalidades privadas de atenção médica na prestação de serviços de saúde.

A consolidação institucional desta política deu-se com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)⁷ em 1967, resultado da fusão dos IAPs. O INPS ampliou a cobertura da previdência aos trabalhadores rurais e domésticos. Na prestação de serviços atuou por meio de contratos e convênios com os prestadores privados. Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, o INPS foi reordenado e dirigido para pagamento de benefícios previdenciários e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado para responsabilizar-se pelas ações de saúde mantendo a mesma forma de operação na prestação de serviços (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989).

O financiamento público impulsionou a expansão do setor privado prestador de serviços de saúde na década de 70. Através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1975, o governo financiou diretamente, a juros negativos, a construção de hospitais privados e a compra de equipamentos médicos, o que ampliou significativamente a oferta de serviços deste setor (OCKÉ REIS, 2000). Consolidou-se, no Brasil, um novo modelo de atenção à saúde, o chamado “modelo assistencial estatal-privativista, sustentado numa concepção de saúde curativa, individual, assistencialista e com alto grau de complexidade tecnológica, tendo o hospital como o *locus* central do processo de produção de serviços médicos” (OCKÉ REIS, 2000, p.134), tal modelo era operacionalizado por financiamento e demanda público e oferta de serviços pelo setor privado.

O final da década de 70 caracterizou-se pela crise econômica mundial e pela crise do Estado autoritário. Almeida (1995) salienta que os debates sobre a democratização do Estado e a crise fiscal foram dois importantes determinantes das transformações no sistema federativo brasileiro. Neste cenário, sobressaiu-se a discussão sobre a redefinição das competências e atribuições entre as esferas de governo na área social.

⁷ Diferente dos Institutos de Aposentadoria e Pensão, o INPS não conta com representação dos trabalhadores e empresários na gestão. Constituiu um órgão governamental, subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, e marcou a expansão da ação do Estado nas políticas previdenciárias e assistenciais (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989).

O setor saúde foi marcado, neste período, pelo aparecimento dos sintomas da crise previdenciária que se agravaria nos próximos anos. A tal conjuntura acrescia-se a precarização dos serviços prestados pelo INAMPS e o crescente aumento de preços dos serviços médicos. Esse cenário provoca a deteriorização dos preços pagos pelo INAMPS fazendo com que os hospitais rompessem vários convênios e contratos com o governo (OCKÉ REIS, 2000).

Tem início uma intensa discussão sobre as distorções do modelo da política de saúde da ditadura, a ineficácia do sistema foi atribuída, principalmente, à centralização do regime militar, fazendo emergir o debate sobre a descentralização (CASTRO, 1991; TEIXEIRA, 1990). “Ambos os fatores estruturais, o endividamento regional, [...], e a transição para a democracia, concorrem para mostrar a necessidade de uma profunda reforma do Estado, na qual surge a questão da descentralização” (TEIXEIRA, 1990, p. 80). No Brasil, a proposta de descentralizar o sistema de saúde expressou-se na ampliação da autonomia municipal.

No contexto da política de saúde, Oliveira e Teixeira (1989) argumentam que, no início dos anos 80, o sistema de saúde brasileiro passava por três crises: ideológica, financeira e político-institucional. A crise ideológica caracterizava-se pela necessidade de reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, sendo expressa na formulação do PREV-SAÚDE. Este projeto incorporou os pressupostos de hierarquização, participação comunitária, integração de serviços, regionalização e extensão de cobertura.

A crise financeira era decorrente de um crescente déficit. Por um lado, tinha-se um sistema em expansão pela crescente absorção de faixas mais extensas da população cobertas pela proteção social e, por outro lado, a manutenção da base de financiamento sem alteração.

A crise político-institucional foi marcada pela criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981. O objetivo do CONASP, segundo Lucchese (1996), era analisar o sistema de saúde com o objetivo de racionalizar os recursos. Foi iniciado um processo de revisão da política de assistência médico-hospitalar do INAMPS e sugerida a integração de todas as instituições de saúde. O resultado foi a formulação, em 1982, do plano de reorganização da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Este documento propõe a hierarquização, regionalização, descentralização e a integração de serviços. Sugere a plena utilização da capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, incluindo os estaduais e municipais (CUNHA e CUNHA, 1998). Com o CONASP inicia-se um processo de mudança consubstanciado nas Ações Integradas de Saúde (AIS).

As AIS, implementadas pelo INAMPS no período 1983/1986, consistiam em uma estratégia de integração programática entre as instituições públicas de saúde federais, estaduais e municipais, no âmbito de cada unidade federada, com o objetivo de desenvolver os sistemas estaduais de saúde, sob coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e em consonância com a Política Nacional de Saúde. Visavam, ainda, promover a reorganização e hierarquização das ações e serviços de saúde, com ênfase na assistência básica e na definição de mecanismos de referência e contra – referência, com adscrição de clientela (LUCCHESI, 1996). As AIS transformaram-se em eixo fundamental da política de saúde na primeira fase do governo de transição democrática, a partir de 1985, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização do sistema de saúde (NETO, 1991).

Em 1986 foi realizada, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor, feitas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Este movimento tinha como articuladores centrais um grupo de médicos sanitaristas inseridos no PMDB e nos Partidos Comunistas, com atuação em governos locais e estaduais, tendo suas bases organizacionais em universidades e centros de pesquisa (MELO, 1993). O documento final

produzido pela VIII Conferência Nacional de Saúde serviu de base para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte (CUNHA e CUNHA,1998).

Durante o processo de elaboração da Constituição Federal outra iniciativa de reformulação do sistema foi implementada: os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Seus objetivos eram a descentralização do sistema de saúde, a valorização do setor público na execução da política de saúde, a participação da população e dos profissionais de saúde na gestão e controle orçamentário e a priorização de contratos com serviços filantrópicos para atender as necessidades de complementação da cobertura assistencial prestada por serviços próprios (LUCCHESI, 1996).

A Constituição Federal de 1988 “definiu um novo arranjo federativo, com significativa transferência de capacidade decisória, funções e recursos do governo nacional para os estados e, especialmente, para os municípios” (ALMEIDA, 1995, p. 92). Aprovou a criação do Sistema Único de Saúde pautado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da comunidade. A participação do setor privado de prestação de serviços de saúde deveria ocorrer de forma complementar ao SUS, seguindo suas diretrizes (BRASIL, 1988).

A Política de Saúde nos Anos 90

A descentralização da política de saúde brasileira foi expressão e consequência da crítica ao padrão centralizado, fragmentado institucionalmente e iníquo das políticas sociais dos governos militares (ALMEIDA, 1995). A política de descentralização tratava de “redistribuir competências e funções de forma a incrementar o acesso da população aos serviços sociais, propiciando-lhe maiores oportunidades de controle” (ALMEIDA, 1995, p. 92). Nesse sentido, promoveu a redefinição das atribuições dos

governos municipais na gestão setorial e a reconfiguração das relações intergovernamentais e entre esferas de governo e provedores privados de serviços de saúde.

Mello (1991) alerta que a descentralização é um conceito político, implica autonomia às esferas as quais se atribuem as ações descentralizadas. O autor sustenta que alguns requisitos são necessários para que um governo local possa ser considerado autônomo, dentre os quais, a competência do governo local para administrar os serviços descentralizados, receitas suficientes para que possam desempenhar as atribuições e ausência de subordinação administrativa às esferas superiores (MELLO, 1991).

No entanto, Arretche (1999) demonstra, no Brasil pós Constituição de 1988, no qual estados e municípios são dotados de autonomia política e fiscal, são necessárias estratégias de indução para obter sua adesão às políticas de descentralização. Isso acontece por que

[...], nas condições brasileiras atuais, a adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente de um cálculo no qual são considerados, de um lado, os custos benefícios fiscais e políticos derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política e, de outro, os próprios recursos fiscais e administrativos com os quais cada administração conta para desempenhar tal tarefa (ARRETCHÉ, 1999, p. 5).

O Ministério da Saúde (2000) admitiu que a “descentralização traz, em si, um potencial conflituoso: repartir poder e responsabilidades requer, primeiramente, o amadurecimento político”; por isso, “não foi pequena a resistência em relação à descentralização”, resistência que se embasava, na perspectiva do nível central de governo, “na miopia que colocava óbices à transferência de poder aos níveis estaduais e municipais que, por sua vez, sempre se incomodaram diante da possibilidade de assumir novas responsabilidades ou atribuições” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.8).

Desta forma, a política federal da década de 90 foi centrada na “indução e na criação de condições para reconstituir responsabilidades gerenciais regionais ou locais” (VIANA et al, 2002, p. 2). Assim, após a promulgação da Constituição Federal foi iniciado um processo de elaboração e aprovação de legislação visando detalhar princípios, diretrizes gerais e condições para a organização do sistema. Os

marcos regulatórios do Sistema Único de Saúde são a Lei Orgânica da Saúde- Lei n. 8.080/90 e lei n. 8.142/90; as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde – NOBs de 1991, 1993, 1996; as Normas Operacionais de Assistência à Saúde- NOAs de 2001 e 2002; e o Pacto pela Saúde de 2006.

A primeira NOB (de 1991) foi alvo de diversas críticas, pois previa a formalização de convênios entre o INAMPS e os estados, bem como acordos com os municípios dotados de conselho, plano e fundo de saúde. Ou seja, mantinha inalteradas práticas como o atrelamento dos estados e municípios ao governo federal, através do INAMPS, na condição de prestadores de serviço sem autonomia na gestão dos recursos. “Este procedimento gerou margem para inúmeras fraudes, além de ser entendido à época como uma recentralização em relação ao processo de construção do SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.9).

Em 1993 foi editada a NOB-SUS/93 com o objetivo de disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde (NOB-SUS,1993). Esta NOB prevê mecanismos de transferências de recursos fundo a fundo com base nos diferentes níveis de gestão. Este repasse, no entanto, somente foi posto em prática a partir do final de 1994 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Com a NOB-SUS/93 o governo tentou normatizar o cumprimento da lei em relação à descentralização criando as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite⁸ e as habilitações quanto aos níveis de gestão para os estados – Gestão Parcial e Gestão Semiplena- e para os municípios- Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena. Com a Gestão Semiplena o município assumia a totalidade das responsabilidades gerenciais e do reordenamento do modelo assistencial, era a situação mais avançada, com descentralização da gestão financeira, através da transferência direta e automática dos recursos federais.

⁸ As Comissões Intergestores Bipartite são de âmbito estadual e constituem um espaço de negociação entre cada estado e seus respectivos municípios. Já a Comissão Tripartite é de âmbito nacional composta por representações dos estados, municípios e União.

Até o final de 1997 vigoravam as determinações da NOB-SUS/93, embora, em novembro de 1996 tivesse sido editada a NOB-SUS/96. Essa prevê novas formas de gestão para estados- Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual- e municípios- Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal-, cria o Piso Assistencial Básico (PAB) e dispõem, também, sobre as responsabilidades e fontes de financiamento das ações e serviços de saúde, além de redefinir as atribuições de cada nível de governo na gestão do SUS.

Em 2001 é publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Essa amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados (Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual) e municípios (Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal) (NOAS-SUS/01, 2001).

A NOAS-SUS 01/2002, publicada em 27 de fevereiro de 2002, “procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 2) da implementação da NOAS-SUS de 2001. A NOAS de 2002 define a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal para os municípios e a Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual para os estados.

Já o Pacto pela Saúde pretendeu constituir-se em um instrumento que possibilitasse inovações na gestão da política de saúde em contraponto as reformas incrementais, foco das NOAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua

fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.2).

Contudo, a operacionalização dessa “nova” perspectiva se dá pela padronização de prioridades expostas nos Pacto pela Vida, que define as prioridades assistenciais; Pacto em defesa do SUS, que pretende “reforçar o SUS como política de Estado” por meio do incentivo à mobilização social para alcançar objetivos principalmente de incremento orçamentário; e no Pacto de Gestão do SUS, que visa gerar um “choque de descentralização” com a definição “de forma inequívoca” da responsabilidade de cada nível de governo e estabelecer diretrizes para a gestão.

O Pacto almeja ser uma nova forma de estabelecer acordos e compromissos para a implementação do SUS. Seu conteúdo nada mais é do que a repetição de questões já exaustivamente apresentadas nas normas que o antecederam. Pretende-se uma forma de promover inovação pela pactuação anual, ou melhor, pela contratualização de resultados, mas trabalha com prioridades pré-definidas. O Pacto é a transposição para a saúde dos pressupostos da Nova Administração Pública, que como afirma Brugué (2009) nada mais é do que uma tentativa de incrementar a administração clássica, limitando-se, assim, aos antigos pressupostos. Conformando-se em mais do mesmo.

Marques e Arretche (2003, p. 60) esclarecem que, no modelo de descentralização do sistema de saúde desenvolvido no Brasil, a distribuição de funções entre níveis de governo, estabelecida na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, atribuiu ao governo federal as prerrogativas de financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais. Em decorrência disso, o Ministério da Saúde “está encarregado de tomar as decisões mais importantes da política nacional de saúde” (MARQUES e ARRETCHE, 2003, p. 60).

Na contramão das propostas que defendiam um Estado mais enxuto, no Brasil, após a reforma da saúde,

o governo federal assume um papel de promoção, coordenação e normatização, evidenciado pela implementação das normas de assistência à saúde, pela criação de agências reguladoras (Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Agência Nacional de Saúde Suplementar) e pela montagem de todo um aparato institucional de planejamento e programação entre os diferentes níveis da Federação, vinculado ao estabelecimento de fluxos de recursos da União para os Estados e municípios (CORDEIRO apud GADELHA, p. 527, 2003).

No que se referiu a rede hospitalar privada conveniada e filantrópica, o que foi descentralizado foi a “autoridade para gerir” (MARQUES e ARRETCHE, 2003, p. 65). Assim, de acordo com os pressupostos constitucionais e das regulamentações que os seguiram, a participação do setor privado prestador de serviços de saúde no SUS deveria ocorrer de forma complementar aos serviços públicos, seguindo as orientações do gestor municipal da saúde. Entretanto, questionava-se o caráter suplementar de uma rede de serviços que era responsável em 1999 por 41,27% dos estabelecimentos de saúde brasileiros; 65% em 2006 e 71% em 2009 (Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

A relação entre setor público e setor privado na saúde, muitas vezes é tratada como “viciosa e com interesses opostos e incompatíveis” (GADELHA, p. 528, 2003). Contudo, a provisão de serviços públicos pelo setor privado não é uma novidade, é um modelo que muitos países têm adotado e há comprovações de que quando existe uma estrita regulação esse sistema funciona eficientemente (HOMEDES e UGALDE, 2002).

Almeida (1999) afirma que nos anos 90 a implementação do SUS se viu diante de uma nova agenda de reestruturação do Estado. Diferentemente da agenda de reformas estruturais dos anos 80, a reforma dos anos 90 se mostrou mais instrumental. A idéia era de tornar a gestão mais “gerencial” e menos “burocrática”. Na saúde a autora aponta que os dois eixos centrais dessas reformas foram: a contenção dos custos e a reestruturação do *mix* público/privado.

Na prática, isso foi implementado na Europa da seguinte forma, “o núcleo da mudança é a perda do repasse automático do recurso orçamentário público e a sua vinculação à definição do pacote de serviços necessários a ser comprado e ao cumprimento de indicadores de desempenho definidos em

contratos” (ALMEIDA,1999, p. 268). O chamado movimento gerencialista, ou também Nova Gestão Pública, trabalha basicamente com a implantação de uma lógica contratual e gestão por resultados. Esse modelo, assim como o modelo burocrático clássico, visa maximizar a eficiência da atuação administrativa, a principal diferença, teórica, entre os modelos são os instrumentos.

No Brasil, a primeira norma que visava inserir o contrato como forma de relação entre os prestadores privados e gestores públicos foi editada em 1993 pelo Ministério da Saúde. Entretanto, ações para concretizar tal intento só foram de fato executadas em 2005, por meio do chamado processo de contratualização. Nesse ficou estabelecido que os recursos para os hospitais seriam depositados nos Fundos de Saúde e só então repassados aos hospitais pelo gestor local; o repasse estaria sujeito ao cumprimento de metas pactuadas nos contratos; e seriam privilegiadas as instituições filantrópicas para a compra de serviços de saúde que excedessem a capacidade pública.

Nesse cenário de necessária intervenção estatal para conformar os sistemas de acordo com a “nova ordem mundial” aparece um novo Estado, menos provedor e mais regulador.

Mas de uma maneira geral, essas reformas têm a perspectiva de diminuir o gasto hospitalar e reduzir o número de leitos, por um lado, mas também buscam melhorar a eficiência produtiva nesse nível de atenção, definir porta de entrada no sistema, promover a integração planejada entre níveis e focalizar em medidas de prevenção (ALMEIDA, 2003, p. 214).

Gadelha (2003) sustenta que tanto os setores públicos quanto os privados passam por um momento de modificação nos seus modelos de gestão e organização da produção de bens e serviços em saúde na direção de um padrão empresarial. “[...] inclusive nos casos em que o objetivo do lucro não se coloca como finalidade primordial, sendo substituído por metas alternativas de desempenho” (GADELHA, 2003, p. 523), como custos, qualidade, satisfação dos clientes/usuários.

Capítulo 2

Apresentação dos municípios selecionados: Belo Horizonte e Porto Alegre

Esta seção visa apresentar algumas informações gerais que caracterizem a gestão do sistema de saúde nos municípios estudados. Os dados foram coletados no IBGE, Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Belo Horizonte e Porto Alegre são capitais de importantes estados brasileiros, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Embora se diferenciem significativamente no que se refere à população são bastante semelhantes no que se refere a algumas características da rede assistencial de saúde.

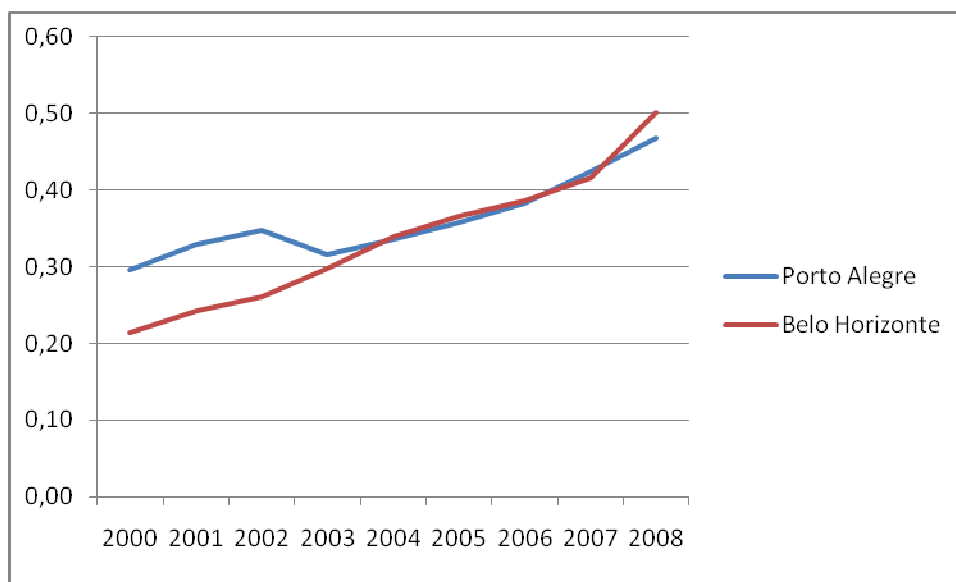
Estima-se que a população de Belo Horizonte em 2007 fosse de 2.412.937 habitantes. A rede de saúde era composta, nesse mesmo ano, por 1.032 estabelecimentos de saúde, sendo 311 (30%) públicos; os leitos para internação somavam 8.719 dos quais 34% são públicos e 66% privados, dentre esses 65% atendem ao SUS. O PIB per capita em 2006 era R\$ 13.636 (Fonte: IBGE).

Em 2007, estimava-se que Porto Alegre tivesse uma população de 1.420.667 habitantes. Em 2005 existiam 519 estabelecimentos de saúde sendo que desses 36% eram públicos. Os leitos para internação somavam 7.701, dos quais 20% são públicos e 80% privados, desses 75% são ofertados ao SUS. O PIB per capita em 2006 era de R\$ 20.900 (Fonte: IBGE).

Verifica-se em ambas capitais que, embora a participação do setor privado seja significativa, grande parte dos serviços ofertados é destinada a atender a demanda do Sistema Público de Saúde.

No que se refere à caracterização da gestão da saúde, escolhemos alguns dados sobre gastos e financiamento.

Gráfico 1 – Despesa total com saúde por habitante (R\$ mil)

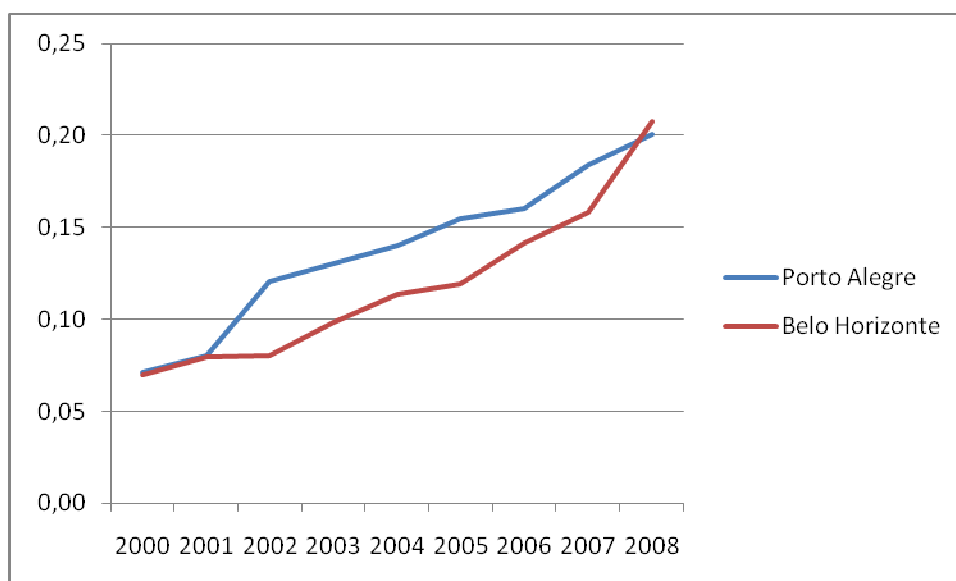


Fonte: dados básicos: SIOPS

Elaboração: autora.

O gráfico 1 mostra que as duas capitais se assemelham no que tange as despesas com saúde por habitante, apresentando progressiva elevação, principalmente em BH que até 2003 tinha uma despesa menor que Porto Alegre. O aumento das despesas implica maior comprometimento das três esferas de governo em seu financiamento. Abaixo são apresentadas as fontes de financiamento.

Gráfico 2- Despesa (em saúde) com recursos próprios municipais por habitante (R\$ mil)

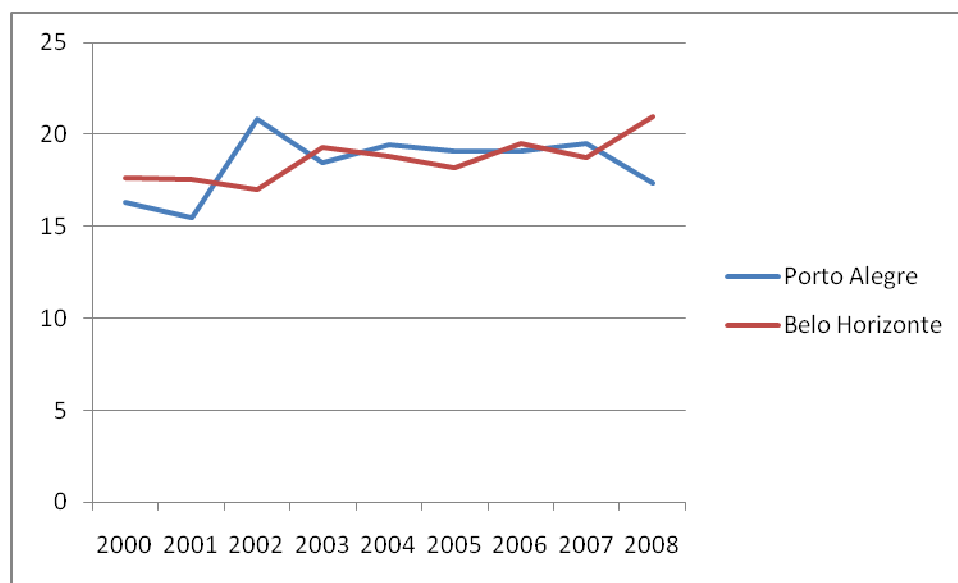


Fonte: dados básicos: SIOPS

Elaboração: autora.

Com a descentralização do sistema de saúde os municípios aumentaram significativamente sua participação no financiamento. O gráfico 2 mostra que Belo Horizonte e Porto Alegre vêm aumentando progressivamente a despesa com recursos próprios municipais. A taxa de crescimento para Belo Horizonte e Porto Alegre no período foi respectivamente de 197% e 182%.

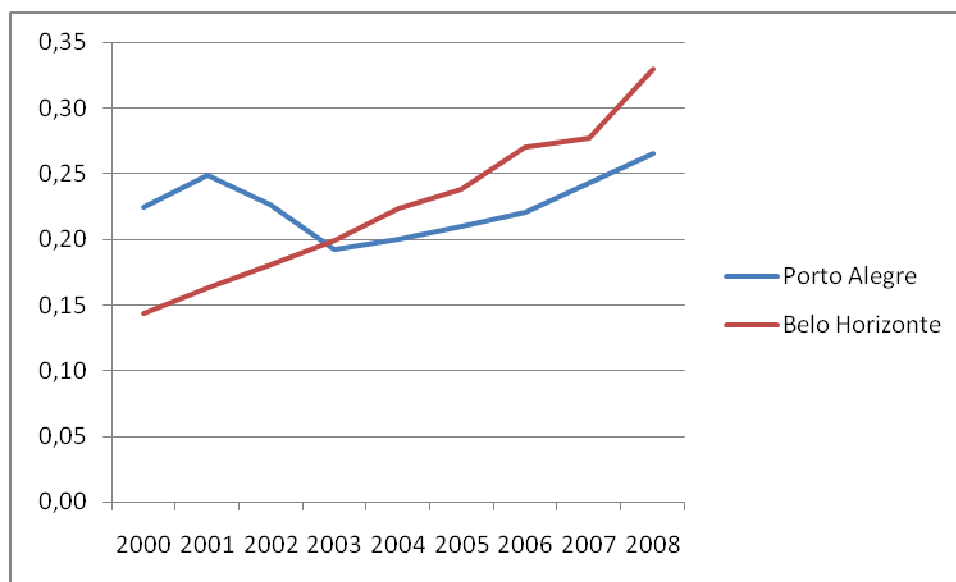
Gráfico 3- Participação percentual da despesa com recursos próprios municipais em relação a despesa total com saúde



Fonte: dados básicos: SIOPS
Elaboração: autora.

Em Porto Alegre, embora se verifique um pequeno crescimento da participação de recursos municipais em relação a despesa total, variando entre 16,3% em 2000 e 17,3% em 2008, ocorreram oscilações no período. Já em Belo Horizonte houve crescimento mais sustentado, variando entre 17,6% em 2000 e 21% em 2008. A taxa de crescimento, no período para Belo Horizonte e Porto Alegre respectivamente foi de 19% e 6%.

Gráfico 4- Receita de transferências para a saúde por habitante (R\$ mil)



Fonte: dados básicos: SIOPS
Elaboração: autora.

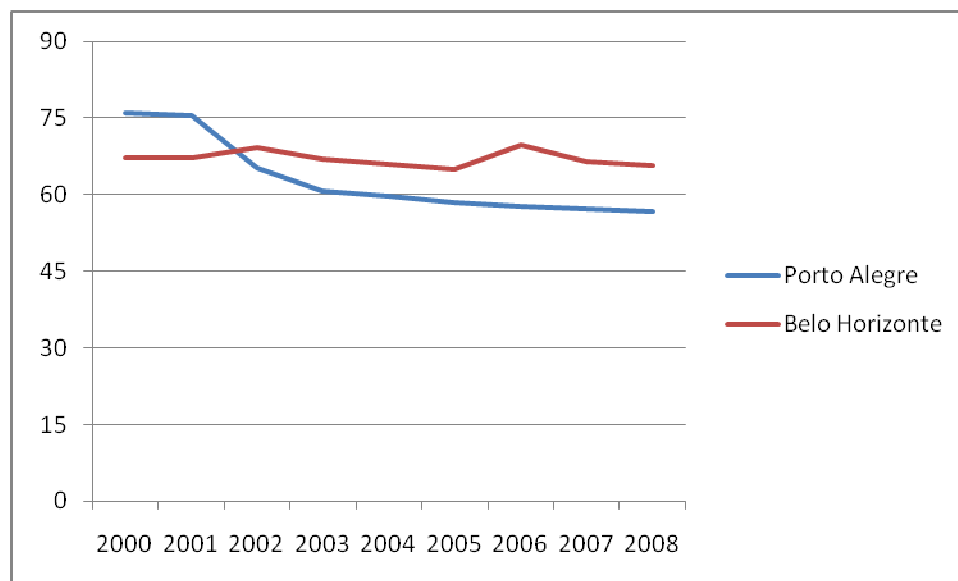
O financiamento do sistema de saúde no município conta com transferências dos demais níveis de governo, contudo percebe-se a participação diferenciada de recursos da União em relação ao total de transferências. Em Belo Horizonte a participação percentual de recursos da União nas transferências para o SUS foram de 86,49% em 2002 e 95,90% em 2008. Em Porto Alegre foram de 99,61% em 2002 e 98,88% em 2008 (Fonte: SIOPS).

O gráfico 4 mostra que em Porto Alegre as transferências diminuíram 77% entre 2001 e 2003. Houve crescimento de 38% entre 2003 e 2008. Foram necessários cinco anos (2004-2008) para que em 2008 as transferências atingissem um montante 7% maior do que em 2001. A situação da capital gaúcha foi de oscilação inicial e baixo crescimento na segunda metade da série.

Belo Horizonte apresenta uma tendência contínua de crescimento das transferências. Para exemplificar a diferença, a transferência per capita para Porto Alegre foi de R\$ 224,66 em 2000 e R\$265,57 em 2008; para Belo Horizonte foi de R\$ 143,57 em 2000 e R\$ 329,82 em 2008. A taxa de crescimento foi, respectivamente, de 20% e 130%. Isso implica maior esforço de financiamento para o

município de Porto Alegre, dado que os gastos com saúde são similares entre as capitais, mas BH tem recebido maior aporte de transferências.

Gráfico 5- Participação percentual de transferência para a saúde em relação a despesa total com saúde



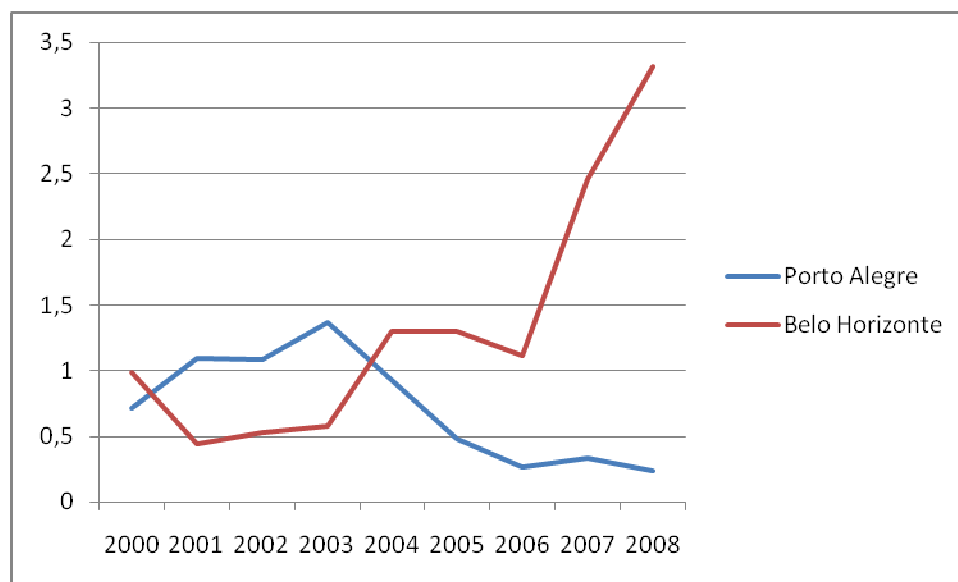
Fonte: dados básicos: SIOPS

Elaboração: autora.

Em Porto Alegre além das transferências apresentarem um crescimento extremamente inferior à Belo Horizonte, quando observamos seu comportamento em relação à despesa total com saúde vemos um progressivo decréscimo no período. Em Belo Horizonte a participação das transferências no financiamento das despesas com saúde se mantém constante no período. Essa situação aponta para um quadro de maiores dificuldade para a gestão da política em PoA.

Deve-se salientar que as transferências não são de livre utilização pelos municípios, mas sim destinadas a programas e ações pré-definidos (PORTO, 2006; UGÁ et all, 2003), Ugá et all (2003, p.424) dizem que há um “*fatiamento* dos repasses do MS para estados e municípios”.

Gráfico 6- Participação percentual de recursos em investimentos em relação a despesa total com saúde



Fonte: dados básicos: SIOPS

Elaboração: autora.

As dificuldades de financiamento de Porto Alegre podem ser verificadas no gráfico 6 que apresenta a evolução dos investimentos na rede assistencial. Verifica-se que em 2003, quando as transferências atingiram o menor valor, os investimentos iniciam uma trajetória decrescente e não há recuperação no período. A partir de 2005 os investimentos não alcançam mais que 0,5% do total de gastos.

Belo Horizonte vê a partir de 2006 um crescimento muito elevado dos investimentos na rede assistencial. O que acompanha a trajetória de investimento municipal. Segundo, Márcio Lacerda (prefeito de Belo Horizonte no período 2009-2012) houve expansão real de 175% na capacidade de investimento da capital entre 2004 e 2009 (FELÍCIO, 2009). Entre janeiro e agosto de 2009 o investimento representou 19,3% dos gastos de BH, o maior índice dentre dos municípios brasileiros (FELÍCIO, 2009).

Considerações finais

Verificou-se que embora as despesas com saúde apresentem crescimento para ambas capitais no período 2000-2008, a capacidade de financiamento não apresenta a mesma tendência. A situação de Belo Horizonte parece mais confortável. Tanto os recursos municipais quanto os recursos de transferências apresentam crescimento. Mesmo se considerarmos esses recursos em relação a despesa total, vemos que há crescimento dos recursos próprios enquanto as transferências se mantêm constantes. Tal situação se reverte em recursos disponíveis para investimentos na rede de atenção.

A situação de Porto Alegre é diferente. Embora os recursos municipais por habitante apresentem crescimento entre 2000-2008, os recursos de transferências apresentaram um comportamento instável, diminuíram significativamente entre 2000 e 2003 e cresceram entre 2003 e 2008. Mas esse crescimento logrou somente alçar o montante, em 2008, a valores próximos aos de 2000. Quando colocamos esses recursos em relação ao gasto total com saúde vemos que enquanto a despesa com recursos municipais é constante, as transferências apresentam decréscimo no período. Uma das possíveis consequências disso é a diminuição acentuada e progressiva dos investimentos entre 2000 e 2008.

Além disso, devemos lembrar que as transferências são compostas basicamente por recursos federais, tendo os estados pouca (no caso de Belo Horizonte) ou quase nenhuma (no caso de Porto Alegre) participação no financiamento dos gastos com saúde. E são destinadas a programas e ações específicas, tendo o gestor municipal liberdade relativa em sua utilização.

Disso concluímos que a gestão do sistema de saúde, pelo menos no que concerne a questão dos recursos financeiros, está mais consolidada em Belo Horizonte, onde se observou uma relativa estabilidade do financiamento que se reverteu em incrementos estruturais. Vimos que houve uma

evolução. Já Porto Alegre apresentou séries com oscilações e importantes retrações no financiamento que se expressam no decréscimo de investimentos.

As variáveis apresentadas são comumente chamadas estruturais e são utilizadas aqui para apresentar o contexto financeiro no qual se desenvolve a gestão da saúde.

Capítulo 3

Descrição das conjunturas críticas

Embora se possa crer que as relações entre os hospitais privados contratados/conveniados e os gestores municipais existissem antes da reforma institucional de 1988, não se pode dizer que isso se dava dentro de um marco institucional que regravava as ações dos municípios no sistema de saúde. Até a década de 1980 os municípios eram responsáveis, basicamente, pela atenção de urgência e emergência. Até a descentralização do sistema a atenção curativa era gerida no interior dos marcos da Previdência Social.

Dessa forma, a descrição e análise que seguem têm como ponto de partida o momento em que os municípios passam a se relacionar com os hospitais privados contratados/conveniados dentro do marco normativo do Sistema Único de Saúde.

Puderam-se observar três conjunturas críticas, quais sejam: (I) final dos anos 80 e início dos anos 1990 (1988-1993) momento em que o SUS é criado institucionalmente, mas a conformação de sua implantação ainda é incerta; (II) 1993- 1996, quando os municípios se alinham ao SUS e ganha atenção a necessidade de controlar os serviços prestados por instituições privadas, tendo início o desenvolvimento de uma série de instrumentos de regulação; e (III) em 2005 quando o MS inicia as edições da Portarias que formataram o processo de contratualização dos hospitais privados no âmbito do SUS, objetivando não somente o controle dos serviços prestados, mas sua inserção organizada e racional na dinâmica do sistema nacional de saúde.

A seguir serão apresentadas as características funcionais e normativas dessas três fases que servirão para compreender o desenrolar das trajetórias institucionais.

Este capítulo foi escrito com base em pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas.

O debate sobre o processo de descentralização do Sistema de Saúde

Considera-se como o marco dessa conjuntura a criação institucional do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal. Interessa-nos aqui o posicionamento dos municípios em relação à adesão ao sistema. Neste momento, ainda não estavam claras as regras de funcionamento do SUS e do processo de descentralização. A Lei orgânica da saúde é editada em 1990, mas ainda era bastante genérica em termos operacionais. Além disso, o país vivenciava o governo Collor caracterizado por instabilidade política e econômica.

Neste período foram editadas as NOBs 1991 e 1992. Especialmente a NOB 1991, muitas vezes, é referida com desagrado pelos especialistas na área da saúde e gestores que atuavam naquela época. Segundo Gilson Carvalho (2001),

esta norma [NOB/91] é comemorada como um avanço por quem não estava vivendo a situação e nem entendia da nova legislação. [...]. Mas, para quem tinha muita expectativa e esperança de uma implantação correta do SUS, a NOB-91 foi quase uma afronta. Podemos elencar as ilegalidades principais da NOB-91. 1) O primeiro questionamento jurídico foi sobre qual seria o poder do INAMPS de estar normatizando para o SUS quando isso deveria ser função do Ministério da Saúde. 2) O sistema de pagamento por produção proposto pela NOB-91 era inconstitucional e ilegal segundo as leis 8.080 e 8.142. O repasse de recursos do MS-INAMPS, proposto [...] era feito através de mecanismo convenial. [...]. [Esse] implica o acordo de vontades entre o conveniente e o conveniado. [...]. Entretanto, a Constituição Federal coloca muito claramente a Saúde como competência e responsabilidade das três esferas de governo [...]. Em decorrência, a esfera arrecadadora de recursos (no caso a União) não pode regatear ou condicionar o repasse dos recursos. [...]. A CF e a lei de saúde ao estabelecerem competências, algumas comuns, outras específicas, têm que assegurar recursos automaticamente para as três esferas de governo. [...] (CARVALHO, 2001, p. 438).

A NOB de 1992 é considerada uma continuidade da anterior. Não tendo produzido significativas modificações em seus fundamentos, muito embora um processo de consulta e participação de especialistas e gestores tenha sido promovido. Atribuiu-se a dificuldade de promover transformações no núcleo da normatização a forças que atuavam “no sentido de conter a descentralização”

(CARVALHO, 2001, p. 439). Tinha-se um embate de interesses do qual dependia a conformação institucional do SUS.

No governo de Itamar Franco foi editada a NOB 1993 que se voltou para o desenvolvimento do processo de descentralização. Em 1992 havia ocorrido a IX Conferência Nacional de Saúde cujo tema central foi a municipalização da saúde. Nessa ocasião a comunidade de política definiu os principais problemas da implantação do SUS e diagnosticou que o processo de descentralização ainda era incipiente. Disso resultou a criação de um grupo de trabalho no âmbito do Ministério da Saúde, formado por representantes desse, do CONASEMS e do CONASS. Dessas discussões resultou um documento que orientou a elaboração Norma Operacional de 1993 (LEVCOVITZ et al, 2001). Essa NOB trazia diretrizes para a implementação do SUS, dirimindo uma série de incertezas que cercavam a adesão ao sistema.

Resultado de um amplo processo de consulta, esta Portaria do Ministério da Saúde abria um leque de escolhas aos municípios. O município poderia escolher entre três modalidades distintas de habilitação, de acordo com suas capacidades administrativas, e receberia recursos federais diretamente relacionados às funções de gestão assumidas. Nesse segundo momento, marcado pela incerteza quanto à capacidade de o Ministério da Saúde efetivamente realizar a integralidade das transferências em razão da escassez de recursos, cerca de 63% dos municípios brasileiros aderiram ao SUS (ARRETCHE, 2002, p. 43).

A descentralização do sistema de saúde é um processo de transferência da gestão financeira, política, administrativa, além da transferência de pessoal, equipamentos, estrutura física, ações e serviços, do nível federal e estadual para a esfera municipal. Este processo representou uma significativa modificação no arranjo institucional, principalmente no que se refere ao papel das secretarias municipais de saúde na gestão do sistema. Se por um lado, existia um movimento das municipalidades pela descentralização, por outro lado, havia a preocupação com as competências técnicas, administrativas e financeiras necessárias para desempenhar as novas funções.

O desenvolvimento de mecanismos de regulação dos serviços privados de saúde

Essa conjuntura pretende expressar o período em que os municípios efetivamente aderem ao SUS, por meio do enquadramento em uma das categorias de gestão definidas na NOB/93, e que assumem a responsabilidade pela rede pública e privada em seu território. Formalmente, definimos esse momento entre 1993 e 1996, abarcando a edição da NOB/93 e a adesão a gestão semiplena, Belo Horizonte em 1994 e Porto Alegre em 1996.

O período é marcado pela convergência à estabilidade econômica promovida pelo Plano Real em 1994. A efetividade da iniciativa alçou a presidenciável seu empreendedor político, Fernando Henrique Cardoso, que se elegeu presidente em 1994.

Abrucio (2005) aponta que durante o governo Cardoso um dos mecanismos utilizados para coordenar as relações intergovernamentais e o processo de descentralização das políticas públicas foi o controle da inflação.

[...] o Brasil tinha iniciado o processo descentralizador antes de estabilizar a economia, o que tornou mais difícil a constituição de jogos mais coordenados e efetivos de divisão de atribuições, sobretudo porque a inconstância da transferência das verbas constitui um obstáculo em uma federação desigual como a brasileira. Ao reduzir a inflação, houve um impacto positivo para a regularização dos repasses de recursos aos governos subnacionais. Isso permitiu a abertura de uma nova rodada de negociação para (re)pactuar a descentralização em diversas políticas públicas (ABRÚCIO, 2005, p. 52).

Tem-se, nesse momento, uma conjuntura de estabilidade econômica, um regramento que começava a desenhar os contornos operacionais do sistema e um governo federal empenhado em promover a descentralização. Com isso, nessa conjuntura, os dois municípios estudados aderem ao SUS.

Nessa circunstância, a gestão do sistema local passava a abarcar duas dimensões de intervenção: a rede pública, formada basicamente pela rede básica e ambulatorial, e a rede privada, atuando principalmente nas maiores complexidades e sob gestão do setor privado contratado e conveniado.

Nesse contexto insere-se a atividade de regulação. “A regulação é tratada [...] como um conjunto de políticas formuladas para obter resultados superiores do ponto de vista social nas relações internas às estruturas de governo e em sua relação com agentes do mercado” (RIBEIRO, 2001, p. 409).

No contexto da gestão e implementação da política de saúde no nível local, operacionalmente, regular a utilização dos serviços assistenciais se expressa no controle dos serviços prestados e do fluxo de usuários no sistema e politicamente representava o controle sobre a ação de diversos atores que historicamente determinaram essas dinâmicas. Mais do que interferir em espaços neutros, era uma intervenção em espaços ocupados por racionalidades e interesses estabelecidos. Seria uma disputa por um espaço institucional, que seria mediada pelos recursos de poder agora ampliados dos gestores públicos e fragilizados dos hospitais.

Os chamados mecanismos de regulação são ferramentas administrativas que visam controlar o fluxo de pacientes no sistema de saúde o que é feito por meio do controle das unidades de serviço disponíveis para utilização pelo SUS. Isso envolve o desenvolvimento de sistemas de informação e acordos entre os gestores públicos e privados já que é necessária uma constante interação para o compartilhamento de informações sobre os serviços prestados e a disponibilidade de unidades de serviços.

Essas ferramentas foram desenvolvidas mais sistematicamente pelos gestores municipais a partir da segunda metade dos anos 90. Comumente o setor que abriga estes recursos é chamado de Central de Regulação de Serviços de Saúde que geralmente se divide em central de marcação de consultas e central de internações ou leitos. De uma forma simplificada a central de marcação de consultas age como um grande banco de dados que contém a disponibilidade, tanto da rede pública quanto da privada contratada, de oferta de consultas, sua função é compatibilizar a oferta com a demanda proveniente dos equipamentos de atenção primária. Assim, a central de marcação de consultas é responsável por receber a demanda por determinado tipo de consulta médica (especialidade) e encaminhar o usuário ao

prestador que estiver ofertando. De acordo com o regramento do SUS o município só poderá utilizar a capacidade instalada do setor privado após esgotar a capacidade própria, sendo que do setor privado deverá privilegiar os serviços prestados por entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

A central de internações ou leitos tem a mesma função, mas seu foco são os leitos hospitalares, conjugando oferta e demanda por internações, na mesma lógica da central de marcação de consultas. Como se pode ver são instrumentos de regulação da oferta e demanda por serviços do sistema. O objetivo é inserir maior racionalidade na utilização da capacidade disponível por meio da centralização das decisões sobre a utilização de serviços não mais nas mãos dos médicos e usuários, mas da Secretaria Municipal de Saúde.

O processo de formalização da participação dos serviços privados no sistema de saúde

O que se costumou chamar de contratualização é um procedimento jurídico administrativo que visa dois objetivos, principalmente, formalizar a prestação de serviços privados ao sistema público e iniciar um processo de inserção da “lógica contratual” na gestão da saúde. Esta se baseia na perspectiva agente-principal e na gestão por resultados. Assim, para além da descrição dos serviços que serão contratados, o contrato vincula o pagamento também ao cumprimento de metas de indicadores específicos.

Este segundo objetivo é que configura a inovação no processo dado que contratos já existiam antes, embora fossem pouco rigorosos e pouca atenção a eles foi dispensada. Tal afirmação sustenta-se no fato de que todos os gestores públicos e privados questionados relataram que no período imediatamente anterior à criação do SUS não havia contratos entre o gestor público e os prestadores privados, havia uma “habitualidade no atendimento” (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008) ou um “entendimento não escrito” (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

Dessa forma, até a década de 2000 as relações do setor público com os prestadores privados de serviços de saúde seguiam, em grande parte, as dinâmicas estabelecidas no período pré-SUS. Interessante notar a resiliência dessas relações e o fato de que a iniciativa mais efetiva de sua institucionalização se dá sob o governo de um partido que se propõe construir o “socialismo democrático” (PARTIDO DOS TRABALHADORES, 2007).

Breve descrição da trajetória dos contratos entre setor público e prestadores privados

A necessidade de estabelecer contratos advém da complexificação da sociedade e das instituições das quais se serve. Assim, até a formação do sistema de previdência social o contrato de assistência era feito entre usuário e hospital. Com o advento da previdência, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) passaram a ser intermediários entre o hospital e o usuário. A existência de um grande e crescente número de filiados proporcionou aos IAPs um importante recurso de poder nas negociações. Segundo Verçosa (1992), “como possuía grande número de usuários, segurados e dependentes, a Previdência Social sempre impôs as condições dos contratos hospitalares e da remuneração dos serviços dos médicos e dos hospitais”.

Os primeiros contratos feitos entre os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) e os hospitais era o chamado “contrato global”, “negociado diretamente com os hospitais interessados em atender determinado instituto” (VERÇOSA, 2009). O pagamento era feito de acordo com diárias, a chamada “diária global”, que abrangia todos os serviços, materiais, equipamentos, medicamentos e hotelaria. Cabe salientar que os contratos eram feitos entre hospitais separadamente, cada hospital tinha o seu contrato. “O valor da diária era negociado caso a caso, isto é, poderia ser diferente de um hospital para outro” (VERÇOSA, 2009).

A diária incluía [...] tudo que fosse necessário menos o médico, [que] era do próprio instituto. Então, o clínico [era] do IAPI [Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários], o contrato era com o hospital [...]. O [indivíduo] precisava internar? O clínico dava uma

autorização, ele ia para o hospital, internava, e esse clínico ia tratá-lo. O hospital ia receber o quê? [Por exemplo,] ele ficou lá 10 dias? [A diária custa] 200 reais então são 2000 reais que ele ia receber por aquele tratamento. [...] O hospital, no final do mês, mandava o número de pacientes, o nome dos pacientes e quantos dias [ficaram internados] [...] e o Instituto pagava (GESTOR PRIVADO BH 2, 2008).

Com a unificação dos IAPs e a criação do INPS, passou-se à utilização do “contrato padrão”, “pois todos os hospitais eram submetidos ao mesmo contrato” (VERÇOSA, 1992). Essa é uma modificação importante em relação à conduta anterior de estabelecer contratos individualmente com cada hospital e demonstra a complexificação do sistema e sua amplidão. Embora o contrato fosse o mesmo, a remuneração diferenciada entre hospitais, também utilizada nos contratos anteriores, foi mantida. Contudo, instituíram critérios que sustentavam as remunerações variadas. Essas se modificavam de acordo com uma classificação que dividia os hospitais em cinco categorias, “de acordo com seus recursos humanos e administrativos, área física e equipamentos” (VERÇOSA, 1992). A classificação resultava de uma avaliação “feita por uma comissão do INPS composta por um médico, um enfermeiro e um funcionário administrativo todos treinados para tal tarefa” (VERÇOSA, 2009). Quanto melhor a colocação do hospital nesta classificação, melhor seria sua remuneração. “Essa foi uma época que os hospitais investiram muito em área física e equipamentos para melhor se classificarem e [...] fazerem jus a melhor remuneração [...]” (VERÇOSA, 1992).

A vinculação entre a remuneração dos serviços e a capacidade instalada visava formar um parque hospitalar moderno e ampliar a oferta de serviços. Contudo, quando isso é conjugado com o perfil assistencial característico da época, chamado “curativo”, temos uma alocação de recursos voltada prioritariamente para a produção do que há de mais caro no sistema de saúde. Os incentivos para as técnicas e procedimentos mais complexos via remuneração influenciarão o desenvolvimento de um sistema centrado nesse perfil técnico assistencial.

A tabela de honorários médicos sempre privilegiou as especialidades médicas em detrimento da clínica geral e entre as especialidades aquelas em que se utilizavam aparelhos. O exame clínico, instrumento principal do diagnóstico, sempre mal remunerado, passou a ser substituído por

exames complementares que por serem mais bem remunerados, deixaram de ser complementares [...] (VERÇOSA,1992, p. 03).

No contrato padrão a antiga diária global foi desmembrada e os prestadores passaram a receber além do valor da diária, taxas referentes à utilização de salas de procedimentos médicos e de uso de instrumentos, os gastos com equipamentos de oxigênio e hemoterapia, bem como os valores correspondentes a medicamentos, baseados nos preços estabelecidos na tabela do Brasíndice. Os materiais médicos utilizados eram remunerados de acordo com o valor da nota fiscal acrescido de 35%. Os médicos eram remunerados pela tabela de honorários médicos da Previdência Social. Os reajustes dos valores destes componentes dos processos de assistência eram feitos separadamente.

Então o que compõe a diária? Diária é para remunerar a enfermagem, a alimentação, toda a infra-estrutura do paciente. Subiu o que? Tantos por cento! Então o reajuste da diária em tantos por cento! Material, medicamento subiu o que? Um reajuste só de itens e forma-se o resultado final de acordo com o somatório disso aí (GESTOR PRIVADO BH 2, 2008).

O Gestor Privado BH 2 (2008) informa que este modelo encontrou suas limitações a medida em que o número de procedimentos ia aumentando e o financiamento ia se tornando inadequado gerando a necessidade de estabelecer critérios para pagamentos e padronização de valores. A estratégia para ajustar o crescente número de procedimentos aos recursos disponíveis foi estabelecer limites de valores dentro dos quais seria aceitável que tal procedimento fosse feito. Assim, se definia que tal procedimento utilizaria determinados recursos em determinadas quantidades, o que foi chamado de “remuneração por procedimento”. Foram criados “gabaritos” e estabelecidas médias de pagamento de acordo com o procedimento, conformando as combinações consideradas apropriadas de recursos para dado procedimento.

Então vamos ter que reduzir! Como [os componentes dos procedimentos] eram separados, foi feito um trabalho tremendo de informática para estabelecer gabaritos. Tinha gabarito para honorários, gabarito para taxa [] e por quê? [...] foi na época da informatização inicial do INPS, porque tudo isso era feito, corrigido manualmente, então as contas passaram a ser analisadas por gabaritos. Então tinha gabarito para tudo! Se estivesse dentro do gabarito, passava e pagava imediatamente! Se não, [...] ia ser analisada separadamente [...]. Então esses gabaritos serviram para dar suporte à forma de pagamento por procedimento. [...]. Média não é o melhor negócio para você fazer, mas era o mais viável. Por quê? Têm altos e baixos! Se o número de casos fosse mais simplificado, o custo era menor. No dia em que você tivesse um caso mais

complicado, estaria acima da média! Portanto acabaria tendo prejuízo. [...] (GESTOR PRIVADO BH 2, 2008).

Além disso, passaram a agregar alguns componentes dos procedimentos nas diárias. “Primeira medida que tomaram: englobaram na diária o custo da medicação” (GESTOR PRIVADO BH 2, 2008). Com isso, era possível reajustar o valor de todos os componentes dos procedimentos sob um percentual único, desconsiderando suas diferenças e enquadrando dentro das limitações orçamentárias. “Então a diária tinha um reajuste, suponha de 5%, a medicação teria 5% também, só que a medicação subiu 200%. E foi comprimindo esta conta cada vez mais, juntando grupos que eram heterogêneos. Deu no que deu! O custo do atendimento ficou muito acima da remuneração [...]” (GESTOR PRIVADO BH 2, 2008).

A visão de que os contratos eram frágeis e representavam pouco mais do que um procedimento burocrático de controle de processos está no fato de que não acompanhavam a dinâmica das relações e dos constrangimentos financeiros. “[tudo isso] foi sendo modificado sem que constasse dos contratos. O hospital teve que engolir, até porque você faz uma modificação dessa e o contrato não estava prevendo. E esse é um dos grandes defeitos de todos os contratos [...]” (GESTOR PRIVADO BH 2, 2008). Os prestadores já grandemente dependentes dos recursos públicos também não se conformavam como grupos de pressão motivados a fazer exigências de regulamentação da relação, provavelmente seu “poder de fogo” estava voltado aos debates sobre os reajustes nos valores dos procedimentos mais do que à conformação de contratos realistas.

Assim, a visão de que os contratos não expressavam as relações fica evidente quando o Gestor Privado BH 2 (2008) classifica aquele tipo de contrato de “contrato por adesão”. “É aquele em que você não discute. Você aceita ou não! [...] tem cláusulas que te obrigam a cumprir normas que ainda não existem! Que vão ser feitas no futuro”.

Quando questionados sobre porque aceitavam assinar contratos com o gestor público, visto como não cumpridor de seus acordos, na medida em que estes não seriam vantajosos. Os gestores privados (GESTOR PRIVADO BH 1; GESTOR PRIVADO BH 2; GESTOR PRIVADO POA 3; GESTOR PRIVADO POA 4) salientam que dado o recurso de poder derivado da condição de grande comprador, quando não único em se tratando desta época, os prestadores receavam perder sua posição no sistema. A troca consistia em ter assegurada a demanda sempre fluída e numerosa por um lado, se bem que nem sempre bem remunerada, e assumir certos riscos, como o de adotar contratos que se sabia não eram reais.

[...] o INAMPS, então, tentou elaborar um contrato de prestação de serviço [...] com todos os hospitais, até hoje isso não foi assinado, [...] hoje, a maioria dos hospitais do Brasil não tem contrato com prestação de serviço com o setor público porque não concordava com os termos do contrato, mas também não queria deixar de prestar assistência [...] (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

A questão da baixa remuneração era contornada por uma prática induzida pela racionalidade da tabela de remuneração de procedimentos. “Os atos médicos mais rotineiros sempre foram mal remunerados em relação àqueles mais raros, o que terminou por induzir os diagnósticos mais condizentes com a melhor remuneração” (VERÇOSA, 1992). Esta prática irá conformar o perfil dos hospitais prestadores, levando á disseminação da chamada prática “curativa”, amaldiçoada pelos defensores do sanitarismo, prova do poder de indução das regras institucionais do então maior intermediário entre os usuários e hospitais.

Os prestadores passam a ser vistos como organizações maléficas que usufruíam de privilégios do INAMPS, eram a expressão da política deste, àquela época considerada inadequada e cheia de vícios geradores das distorções do sistema e causa dos problemas de financiamento. Eduardo Mosconi (2008) último presidente do INAMPS, que assumiu com a missão de extingui-lo, expressa que “o INAMPS era um nicho de fraudes [...] o sistema de auditoria era feito pelos próprios hospitais [...] existiam

muitas interações fictícias [...] [havia] uma frouxidão da política do INAMPS, a qual permitia aos hospitais tudo”.

Com isso, pretendeu-se apresentar um contexto das relações contratuais entre sistema público e prestadores privados. Tal tarefa se mostrará útil para a compreensão das ações do Ministério da Saúde nos anos 2000, conforme veremos a seguir.

O contexto normativo do Programa Federal de Contratualização dos hospitais filantrópicos de 2005

Deve-se salientar que o processo político que gerou a necessidade de modificações empíricas nas relações entre gestores municipais de saúde e provedores privados de serviços foi a descentralização. Seguindo essa diretriz, o processo de contratualização tem como principal objetivo organizar e regular as relações entre eles.

A participação do setor privado no Sistema Único de Saúde é definida no artigo 199 da Constituição Federal. A Lei Orgânica da Saúde em 1990 dispõem sobre as condições dessa inserção. Dentre outras coisas, determina que a utilização da capacidade da rede privada deverá ser utilizada somente após o esgotamento da capacidade da rede pública, e que essa relação deverá ser formalizada mediante contrato ou convênio. Além disso, estabelece que, diante da necessidade de utilizar os serviços privados, deverão ser privilegiadas as instituições filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Em 1993 o Ministério da Saúde edita a Portaria Ministerial n. 1.286, que objetivou detalhar a inserção do setor privado, determinando a conformação do contrato e o papel dos estados, municípios e da União neste processo. Contudo, tal regramento não logrou modificar as relações “informais” difundidas no campo.

Assim, até 2005, quando o Ministério da Saúde publica a primeira Portaria regulando o programa de contratualização, os hospitais não tinham contratos formais de prestação de serviços com os municípios⁹. A atuação se dava mediante cadastramento. Os hospitais cadastravam, na Secretaria de Saúde, os serviços que pretendiam oferecer para o sistema público e atendiam a demanda espontânea¹⁰ dentro de uma capacidade estabelecida e de acordo com um teto financeiro e assistencial. Ao final do mês enviavam a fatura referente ao valor dos serviços prestados que, em geral, o gestor não pagava em sua totalidade. Pois com frequência extrapolava os tetos. Desta forma, era uma relação simples de compra e venda limitada pela capacidade do orçamento público, desvinculada de qualquer atividade de planejamento governamental e auto referida. Esse sistema foi alvo de diversas denúncias de fraudes.

A contratualização visava modificar a lógica na qual se baseava a relação dos gestores públicos de saúde com os prestadores privados, da simples definição de limites assistenciais e financeiros para uma lógica de pactuação e de definição clara de responsabilidades. Essa iniciativa visa organizar o sistema local de saúde, promovendo a interação entre a atenção primária e os serviços de maior complexidade. Envolve a inserção articulada do hospital na rede assistencial pública, na qual deverá responder somente pela demanda adstrita territorialmente encaminhada a partir do atendimento nas unidades de assistência básica. Em última instância é um esforço para controlar a utilização dos serviços, conhecer a dinâmica do usuário, os problemas de saúde da população e para minimizar o *gap* existente entre oferta e demanda¹¹ de serviços.

⁹ Destaca-se que em 2003 o Ministério da Saúde criou um programa cujo objetivo era formalizar as relações entre hospitais universitários e o SUS.

¹⁰ Isto é, os usuários utilizavam os serviços sem regulação/intermediação do gestor público.

¹¹ Cabe salientar que os estudos na área de saúde pública informam que em torno de 70% dos atendimentos nos níveis secundário e terciário do sistema de saúde são “desnecessários”. Ou seja, poderiam ter sido solucionados na rede de atenção primária. Isso não ocorre, principalmente, porque o gestor público não regula de forma eficiente o acesso dos usuários aos níveis secundário e terciário de atenção e também porque a rede de atenção básica carece de níveis satisfatórios de acesso e resolutividade.

O contrato expressa a tentativa de formatação de um marco legal no qual metas, resultados e responsabilidades sejam definidos. Se analisarmos as justificativas do Estado para tal operação encontraremos os três conceitos que legitimam o poder administrativo: eficiência, eficácia e efetividade. A formalização de um contrato de pactuação traria mais racionalidade na utilização dos serviços do setor privado e nos gastos decorrentes.

Em 2005 com a edição da Portaria n. 1721 do Ministério da Saúde é que tem início o processo de contratualização no âmbito das instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde. Tal portaria cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Parte-se da constatação de uma “crise” pela qual passam os hospitais filantrópicos derivado de problemas de financiamento e de gestão. Assim, o programa se guia pelas seguintes “ações estratégicas” fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS:

definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS; definição das responsabilidades dos hospitais e gestores na educação permanente e na formação de profissionais de saúde e; qualificação do processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Essas ações devem ser traduzidas em metas e indicadores constantes no contrato, que deverá ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e homologado pelo MS.

A Portaria n. 1721 pouco normatiza a construção do contrato, mas define as fontes de financiamento ao programa e institui o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), chamado de “novo recurso”. Isso porque, tendo em vista o fato de haver uma dívida das Secretarias Municipais de Saúde com o setor privado, dificilmente o MS conseguiria adesão destes a qualquer programa se não

acenasse com recursos “novos”, ou seja, além dos referentes a pagamentos de serviços e a reajustes na tabela de procedimentos do SUS¹².

Em novembro de 2005 o MS edita a Portaria n. 635, a qual visa “publicar o regulamento técnico para a implantação e operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde”. Nesta, afirmou-se que o modelo de alocação de recursos seria a Orçamentação Mista¹³. Além disso, ficou definido o montante de recursos que o MS destinará aos hospitais que aderirem ao programa “dentro do prazo estabelecido”, oito de dezembro de 2005. Os hospitais que não cumprissem esse prazo perderiam os “novos recursos” (IAC).

O regulamento técnico de que trata a portaria define as etapas da contratualização e os procedimentos que os gestores municipais e dos hospitais deverão efetuar; trata do financiamento; e cria o Plano Operativo no qual deverão ser especificadas as ações estratégicas, ditadas na portaria 1721, em termos de metas físicas e de qualidade para os serviços, assim como indicadores para seu acompanhamento e avaliação. Ainda define de forma genérica as ações prioritárias que gestores, públicos e privados, deverão desenvolver; apresenta metas físicas e de qualidade para a gestão hospitalar e detalha o modelo de financiamento.

Dando seguimento ao detalhamento do processo foi editada a Portaria 3.123 de sete de abril de 2006. Essa versa sobre o fluxo do processo de contratualização, listando as etapas e os procedimentos a serem desenvolvidos. São poucos tópicos e expressam o interesse do MS em reger em detalhes as ações dos atores. Assim, em anexo à portaria, tem-se o modelo para a elaboração do plano operativo

¹² Estudos da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, da Associação dos Hospitais e inclusive do Ministério da Saúde corroboram o que na prática já era sabido pelos gestores, sejam públicos ou privados, que a tabela do SUS remunera a preços de mercado os procedimentos de maior complexidade e abaixo dos custos os procedimentos de média complexidade, sendo esses a grande maioria dos procedimentos efetuados/ comprados no âmbito do SUS.

¹³ Antes a alocação era feita por produção, isto é, pagamento por procedimento realizado. A orçamentação mista compreende: pagamento por produção na alta complexidade; e média complexidade orçada em dois componentes, um fixo e outro variável. A parte fixa estará atrelada ao alcance de metas físicas (como número de atendimentos, partos normais etc) e o componente variável, ao alcance de metas de qualidade (democratização gestão, instituição de protocolos, ações no âmbito da política nacional de humanização, aperfeiçoamento de pessoal etc).

com as áreas e ações prioritárias, metas e indicadores e o modelo do contrato com as cláusulas obrigatórias, dentre elas, a que se refere aos instrumentos de controle. A responsabilidade pelo controle dos contratos é da “comissão de acompanhamento do contrato” formada por representantes do hospital e da Secretaria cujas atribuições são “acompanhar a execução do contrato, principalmente no tocante aos seus custos cumprimentos das metas estabelecidas no Plano Operativo e avaliação da qualidade da atenção á saúde dos usuários” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Após a edição das portarias¹⁴ citadas, o MS ajusta o processo de contratualização com a edição da Portaria 3277, de 22 de dezembro de 2006, na qual normatiza o artigo 199 da Constituição e o artigo 16 da Lei Orgânica da Saúde. Nessa portaria o MS estabelece que “quando toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde e, comprovada e justificada a necessidade por meio de Plano Operativo da rede própria, o gestor poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde”. Os quais podem ser de instituições filantrópicas ou sem fins lucrativos, Organizações Sociais e empresas privadas de fins lucrativos. Delega aos municípios ou estados a elaboração de instrumentos de controle dos contratos e elenca cláusulas obrigatórias à composição do instrumento.

O regramento apresentado aqui conforma o contexto institucional formal dos gestores municipais e estaduais de saúde e dos hospitais que participam do sistema público. Assim como, apresenta o desenho institucional desejado para a inserção dos serviços privados no SUS.

¹⁴ Saliento que não citei as portarias que foram revogadas. Com elas, o processo de contratualização conforma-se em uma babel de portarias editadas, às vezes, de dois em dois meses mudando as regras e informando novas exigências.

Capítulo 4

Gestão e implementação da política de saúde: o caso de Belo Horizonte

O objetivo desta seção é descrever os dados coletados com gestores públicos e privados de saúde em Belo Horizonte. As informações foram organizadas a partir da delimitação de três conjunturas críticas nas quais se pôde observar alguma modificação tanto no contexto institucional quanto na interação dos atores.

Conjuntura crítica: o debate sobre o processo de descentralização do sistema de saúde

O Departamento de Assistência à Saúde de Belo Horizonte foi criado em 1948, suas funções, desenvolvidas por meio do hospital municipal, eram “prestar assistência médico-hospitalar e odontológica aos enfermos de comprovada pobreza, aos funcionários municipais e seus familiares e aos associados de outras instituições conveniadas” (VELOSO e MATOS, 1998, p. 84). Além do serviço de profilaxia de moléstias endêmicas e a assistência social.

Modificações significativas na estrutura e nas funções do Departamento de Saúde tiveram início na década de 80. Em 1983 é criada a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) marcando a desvinculação com a assistência social. O secretário de saúde era José Maria Borges, médico e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) cuja sua carreira política esteve vinculada à militância no PC do B e no movimento sanitário. Na secretaria estadual de saúde estava Francisco Machado, também médico e professor da UFMG, que nos anos 70 esteve envolvido na

experiência Projeto Integrado de Serviços de Saúde em Montes Claros¹⁵ tendo ligação com o movimento sanitário mineiro.

Em 1984, tendo na Secretaria de Estado e na Secretaria Municipal de Saúde dois atores de semelhante origem institucional e profissional e identificados com o projeto sanitário, o estado implementa o convênio das Ações Integradas de Saúde propiciando a ampliação dos recursos financeiros e dos serviços oferecidos pela rede assistencial de saúde.

No início dos anos 90, o INAMPS começa a transferir suas unidades de saúde para o estado. Cenário que representa os primeiros momentos de necessidade de relação entre os atores públicos locais e privados que atuavam no sistema de saúde. De acordo com um representante dos hospitais prestadores de serviço havia resistência, pois acreditavam que o estado não teria condições técnicas e financeiras para assumir tal responsabilidade.

[...] [a] Secretaria de Saúde de Minas Gerais [...] [recebeu] uma herança muito maior do que a capacidade gerencial que existia. Como é que eles iam dirigir a instituição que estavam recebendo? Aí o que aconteceu? A filosofia do INAMPS é que prevaleceu. Então houve um choque de identidade muito grande. Por quê? Nem o pessoal do INAMPS se entendia com o pessoal da Secretaria e nem o pessoal da Secretaria com o do INAMPS. Então durante algum tempo, os dirigentes [do INAMPS] continuaram a tocar aquilo do jeito que vinha, mas já subordinados ao Estado. O Estado não tinha conhecimento do que era administrar [por exemplo,] sete mil [...], dez mil médicos credenciados, [...] setecentos hospitais. Eles não tinham noção! E isso, durante muito tempo, foi uma balbúrdia, até que as coisas pudessem ir se encaixando e se entrosando. Muitas das pessoas que estavam no INAMPS continuaram dando suporte [...]. Mas o Estado, ele nunca teve uma visão muito real da assistência hospitalar. Tinha uma visão [...] da assistência ambulatorial porque só fazia [...] isso (GESTOR PRIVADO BH 2, 2008).

A fala do gestor remete ao fato de que as relações eram bastante centralizadas no INAMPS e para estados e municípios a descentralização representava uma transformação significativa em sua atuação no sistema de saúde. Além disso, a informalidade nas relações de compra e venda de serviços gerava

¹⁵ O Projeto Integrado de Serviços de Saúde de Montes Claros foi desenvolvido em 1976 e tinha como objetivo integrar os serviços de saúde do município. Sendo considerado um experimento para as propostas do SUS. Mais informações ver: Teixeira, Sonia Maria Fleury (org). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

insegurança nos prestadores que não sabiam ao certo como seria tratada a questão com a mudança de arena decisória.

Neste período, a relação da Secretaria Municipal de Saúde com as unidades de saúde sediadas em seu território era de caráter, principalmente, administrativo (VELOSO e MATOS, 1998, p. 88), sendo sua estrutura institucional condizente com o trabalho que lhe era demandado. Assim, no período anterior à municipalização,

a situação [era] bastante precária. Ainda tinha na oferta de serviços uma presença importante de [...] unidades ambulatoriais do estado. [...] a maioria dessas unidades eram extremamente precárias, cedidas por paróquias, [...], por clubes [...] etc. Nós [o município] tínhamos se não me falha a memória, onze unidade [de assistência à saúde] apenas [...] (GESTOR PÚBLICO BH 3, 2008).

Ações para modificar este contexto tiveram início com a criação, em 1986, das gerências nos níveis locais (regiões do município de Belo Horizonte) e central, que representavam uma tentativa de organização da rede assistencial por região, cujo objetivo era integrar os serviços, controlar a rede e aproximar a SMS das unidades básicas de saúde (VELOSO e MATOS, 1998, p. 86).

Em 1991, quando Hélio Garcia (PMDB) assume o governo do estado, conduz José Saraiva Felipe à SES. Médico formado pela UFMG foi aluno de Francisco Machado, secretário estadual de saúde em 1983, e o acompanhou na implementação da experiência do Projeto Integrado de Serviços de Saúde em Montes Claros. Um de seus objetivos a frente da secretaria de saúde foi dar andamento ao processo de descentralização dos serviços de saúde no estado (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008; ASSESSOR TÉCNICO 2, 2008). Assim, teve início a transferência da rede básica de saúde da secretaria estadual para diversas secretarias municipais, dentre as quais a de Belo Horizonte (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008; ASSESSOR TÉCNICO 1, 2008).

Em 1989, o então recém eleito João Pimenta da Veiga (PSDB) encaminha à SMS José Maria Borges. Com isso, tinha-se na secretaria estadual e na secretaria municipal de saúde atores de mesma

origem institucional (Faculdade de Medicina da UFMG), vinculados ao chamado “partido sanitário” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008; ASSESSOR TÉCNICO 2, 2008), embora representantes de diferentes partidos políticos (PMDB e PSDB), e interessados em promover a descentralização da rede assistencial.

Empiricamente o alinhamento ao processo descentralizador é verificado no progressivo e contínuo repasse de serviços promovido nesse momento. Ao final de 1992 a rede pública ambulatorial do INAMPS já havia sido municipalizada.

Em 1993 o Partido dos Trabalhadores assume pela primeira vez o governo municipal. A equipe que ocupa a SMS é formada por diversos atores com experiências no campo da gestão da saúde em municípios do interior de Minas Gerais que convergiram para a capital nesse momento (GESTOR PÚBLICO BH 2, 2008). Esses atores formavam um “fórum de secretários”. “Um grupo que vinha construindo uma alternativa, vamos dizer assim, republicana de esquerda no Brasil. [...]” (GESTOR PÚBLICO BH 2, 2008).

Esse grupo é assessorado pelo Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA), formado no início dos anos 90 por professores da Faculdade de Medicina da UNICAMP (GESTOR PÚBLICO BH 2, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008). “[...] do LAPA, a gente começa a montar grupos de apoio às experiências de governos petistas” (GESTOR PÚBLICO BH 2, 2008).

A equipe que assumiu a direção da secretaria de saúde era formada por expoentes com trajetória no movimento sanitário, sendo a secretaria adjunta médica sanitária formada pela UFMG e ex-aluna de Francisco Machado e José Maria Borges, que havia experienciado, como funcionária estadual, a estadualização dos hospitais do INAMPS. Os quais “nunca foram [municipalizados], ficaram na

estrutura estadual. Apesar, de que na época, a gente achava que deveria ter começado uma experiência, mas enfim o tempo político passou e isso não foi possível” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008).

Foi verificada uma identificação de projetos para o setor entre esses atores e os gestores estaduais do período. Foi recorrente a alusão ao “partido sanitário mineiro”, visto não como uma instituição partidária, mas como um grupo de pessoas de semelhante origem institucional (Faculdade de Medicina da UFMG) que compartilhavam um determinado projeto para o campo da saúde e, embora inseridos em diferentes organizações de distintas matrizes ideológicas, mantinham a trajetória da política de acordo com um dado sistema de idéias, neste caso o ideário da Reforma Sanitária. Podemos dizer que se constituíam em uma comunidade de política.

Embora, num primeiro momento, possa se pensar que a relação do gestor municipal de saúde com o setor privado contratado ou conveniado fosse bastante tensa. Quando se aproxima do campo percebe-se que o conflito mais intenso se dava nas relações com os hospitais estaduais.

Em Belo Horizonte, há uma extensa rede hospitalar estadual agrupada e gerida pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. Tal organização congrega vinte unidades assistenciais (hospitais e centros para tratamento de agravos específicos) nove delas estão localizadas no interior do estado e onze na capital. Muitas dessas unidades assistenciais eram hospitais do INAMPS que foram descentralizados. De acordo com os informantes, a impossibilidade da “municipalização” dessas estruturas estava vinculada a questões financeiras e assistenciais (GESTOR PÚBLICO BH 3, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008). Por se constituírem de estruturas com elevado gasto, os atores supõem que o município não conseguiria gerir. Além disso, esses hospitais atendem grande demanda de outros municípios do interior do estado (GESTOR PÚBLICO BH 3, 2008). Além disso, até 1994 o governo estadual era dirigido pelo PMDB

e em 1995 assume Eduardo Azeredo (PSDB). Tinha-se na prefeitura da capital e no governo do estado partidos políticos que se opunham.

Entretanto, relatos convergem na visão de que o processo de descentralização em Minas Gerais e BH foi facilitado pelo fato de que os gestores no nível estadual e municipal tinham formação e origem na mesma instituição a Faculdade de Medicina e, nesse período, compartilhavam um projeto semelhante de sistema de saúde, embora houvesse diferenças partidárias (GESTOR PÚBLICO BH 2, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008; ASSESSOR TÉCNICO 1, 2008).

Quando chegou em 88 o PSDB ganha a prefeitura de Belo Horizonte por 30.000 votos na frente do PT, quem assumiu a secretaria de saúde é o José Maria Borges. Só que o PT tinha maioria na Câmara, mas o Zé Maria Borges foi meu professor, então todo mundo vinha da faculdade, tinha suas disputas políticas, mas o projeto sanitário era o mesmo, o discurso era o mesmo. Então, era muito interessante, porque apesar do Zé Maria Borges ser do PSDB [...] nós conversávamos, um ajudava o outro, um participava nas coisas do outro. Em 90, com a vitória do Hélio Garcia, quem assumiu a secretaria de estado de saúde foi o Saraiva [Felipe] que faz uma equipe técnica e teve como mote, na contramão dos outros estados, a questão da municipalização. Então na gestão da secretaria de estado da saúde do Saraiva ele fez a municipalização da saúde em quatrocentos e tantos municípios. Era uma realidade muito diferente do restante do país (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008).

Conjuntura crítica: desenvolvimento de mecanismos de regulação dos serviços privados de saúde

O município de Belo Horizonte aderiu à Gestão Semiplena em junho de 1994. Após dois anos de negociações políticas com o governo do estado e com o governo federal para definir os termos da descentralização (CAMPOS, 1998). “O fato de ter o Saraiva [Felipe] na secretaria do estado facilitou demais. O adjunto dele era o Ricardo Scotti, um adjunto extremamente técnico [...]. [...] rapidamente eles passaram pra gente [...] o comando, do que era o coração do sistema, que eram as antigas AIHs, toda a parte hospitalar” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008).

O *timing* da adesão foi influenciado pelas diversas iniciativas de repasses de serviços para o nível municipal que ocorreram no início dos anos 90. “Então quando a gente assumiu, nós assumimos numa

situação diferente dos demais estados. Nós já tínhamos um processo de municipalização em curso, sem dinheiro, sem nada, mas a ação política já tinha sido tomada” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008). Outro elemento importante foi o alinhamento entre governo municipal e estadual ao projeto SUS.

Considera-se a “municipalização da saúde” como o momento em que foram criados os alicerces institucionais para a construção de relações entre gestores locais de saúde e hospitais em seu território.

Pode-se observar na Tabela 1 abaixo que em 1992, antes de aderir à gestão semiplena, Belo Horizonte detinha uma rede assistencial maior que a estadual e a federal juntas, sendo o município responsável por 18,81% da rede. Essa é uma realidade bastante diferente de outras capitais. Deve-se lembrar que o estado de Minas Gerais iniciou a descentralização das unidades para os municípios neste período. Tanto é que em 1992 a rede federal já é bastante reduzida no estado, diminuindo ainda em quatro unidades em 1999. De acordo com os informantes, no final de 1992 a rede do INAMPS já estaria completamente estadualizada.

Já a participação da rede privada correspondia a 76% do total de estabelecimentos em 1992 e 79% em 1999, situação comum às grandes cidades e capitais. Entre 1992 e 1999 a rede privada cresce em cento e sessenta e seis unidades. Observa-se que as esferas administrativas que ampliam o número de estabelecimentos sob sua responsabilidade são a municipal e a privada.

Tabela 01- Estabelecimentos de saúde por esfera administrativa em Belo Horizonte em 1992 e 1999

Esfera	1992	1999
Federal	09	05
Estadual	22	19
Municipal	123	150
Privada	500	666
TOTAL	654	840

Fonte: IBGE – AMS

Até a municipalização a SMS tinha experienciado a gestão da rede primária, mas não havia realizado nenhuma “intervenção em quaisquer dos aspectos da regulação e não tinha qualquer experiência com a questão hospitalar” (SANTOS, 1998b, p. 34). Se a implementação de novas práticas encontrou dificuldades na rede pública, não foi diferente com a rede privada. Com a descentralização da autoridade de gerir os serviços prestados pela rede privada ocorreram reações de oposição às mudanças propostas vocalizadas pela Associação dos Hospitais de Minas Gerais (SANTOS, 1998b). Em 1993 e 1994 “ocorreram vários locautes no atendimento por parte dos hospitais privados” (SOMARRIBA et al, 1998, p. 57). A justificativa dos prestadores eram os atrasos nos pagamentos dos serviços prestados. “Houve, então, um grande esforço do governo para regularizar os pagamentos, o que contribuiu para melhorar as relações [...]” (SOMARRIBA et al, 1998, p. 57). Esses locautes ocorrem em diversos municípios brasileiros.

O processo de assunção do sistema estabeleceu uma nova dinâmica para a SMS. A descentralização ao promover a expansão da rede assistencial e instituir novas responsabilidades criou também novas necessidades. Tinha-se uma rede ampliada, complexa e desarticulada e uma estrutura administrativa limitada legada do arranjo institucional anterior. De imediato as preocupações dos gestores se voltaram para estas questões. “[...] quando a gente assumiu, nós tínhamos a atenção básica. A gente queria ser gestor, o nosso projeto era de ser gestor do sistema de saúde, deter os instrumentos, as ferramentas de gestão” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008). Os gestores públicos escolheram priorizar a organização administrativa.

Os gestores públicos relatam que a primeira constatação diante das novas responsabilidades foi do desajuste entre estrutura administrativa e as necessidades de ação. “[...] nós chegamos numa secretaria que não tinha nenhuma estrutura apesar de já ter o poder legal” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008). Nesse contexto, após a municipalização iniciaram um processo de construção de uma institucionalidade

necessária para a implementação do sistema de saúde. “Quando a semiplena caiu no nosso colo, a central de leitos caiu no nosso colo, nós tivemos que correr atrás. Ninguém entendia aquele sistema de AIH como é que pagava, como é que não pagava” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008).

Nós entramos na gestão semiplena em 94 e Belo Horizonte fez parte dos 10 primeiros municípios [...]. Isso nos deu um aporte financeiro muito importante, que nos deu capacidade de intervenção. Foi muito engraçado, primeiro, não tinha dinheiro, depois veio o dinheiro, mas aí não tinha estrutura administrativa para executar. Passamos por uma fase horrível porque acumulou um dinheirão que a gente não conseguia executar, porque não tinha estrutura administrativa (GESTOR PÚBLICO BH 6, 2008).

Os gestores públicos comentam que embora já estivessem em um processo de assunção e gestão da rede de saúde, quando assumem a semiplena não havia um plano delineado para desenvolver este processo. “Não existia um modelo, então nós precisamos experimentar [...]” (GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008). “Só que claro que você nunca prepara tudo. Tem um lado que você tem que fechar o olho e ir. O povo [o grupo gestor] estava apavorado. Aliás, nós todos perdemos noites de sono por conta disso” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008).

[...] tivemos que expandir tudo, expandir estrutura, gerência administrativa, gerência financeira, tudo muito devagar, tivemos que aprender muito, por exemplo, lidar com o bloco cirúrgico [...] tudo era muito novo, tivemos que aprender no caminho [...] e ir trocando com os que vieram do INAMPS e do estado (GESTOR PÚBLICO BH 6, 2008)

Percebe-se que as consequências do modelo anterior de execução da política de saúde conformaram um rol de possibilidades de ação nesse momento. O legado institucional para o município foi sua estrutura administrativa e técnica que nesse período mostravam-se insuficientes para as novas funções. O novo arcabouço institucional solicitava a consecução de ações que requerem outras capacidades de gestão. Para tanto, o município decidiu iniciar o processo de implementação do SUS por meio de sua reestruturação administrativa. Assim, processos de operacionalização de mudanças institucionais são conduzidos a partir da percepção dos atores sobre o que deve ser feito e como. Sendo que esses elementos são definidos a partir da avaliação da estrutura pré-existente. Em outras palavras, as escolhas

do presente são influenciadas pelo contexto institucional, que aponta o caminho mais factível, sendo esse resultado de escolhas passadas.

Com vistas a desenvolver a capacidade de intervenção, diversos mecanismos gerenciais foram criados como o Fundo Municipal de Saúde e a área de vigilância epidemiológica. Questão muito enfatizada foi a estruturação de um sistema de informação (SANTOS, 1998a). “Porque você vai direcionando a decisão gerencial em cima de dados claros. Nós não tínhamos isso. Nós fizemos tudo isso, no cheiro, no *felling*, na expectativa que a gente tinha” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008). Segundo os Gestores Públicos BH 4 e 5 (2008) não havia um controle dos serviços prestados pela rede municipal. “Você perguntava assim: quantos atendimentos eu fiz de pediatra? Ninguém sabia” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008).

Nós não tínhamos dados. Então, por exemplo, um fato hilário [que ocorreu] quando a gente assumiu, tinha cinquenta pacientes HIV positivo inscritos [na Secretaria de Saúde], quando a gente resolveu acertar tinha mil. Aí sai uma manchete no Estado de Minas dizendo que Belo Horizonte estava tendo uma epidemia de HIV quando na verdade você não tinha o dado! (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008).

Estudo do NEPP (2000) apontou que um dos impactos da descentralização no gerenciamento do sistema de saúde de BH foi a “alta informatização” com o desenvolvimento do “controle de contas dos serviços contratados/conveniados” e da “central de internação e de marcação de consultas” (NEPP, 2000, p. 28). Além do desenvolvimento de sistemas de informação e demais mecanismos de gestão, uma questão para a qual foi dada especial importância foi a reorganização dos processos de trabalho nas unidades públicas municipais de assistência.

[...] [a preocupação] era [com a forma de] equacionar a relação do trabalho em saúde com a demanda do usuário sem os *a priores* de que quem entende do seu problema sou eu e não você. Mudar o processo de relação. [...] é uma mudança radical em relação ao modelo que era adotado. Então a gente vivencia em Belo Horizonte o primeiro confronto entre o modo diferente de construir o próprio cotidiano do serviço com as necessidades de saúde das pessoas e da população (GESTOR PÚBLICO BH 2, 2008).

Nesse contexto, os prestadores privados cuja participação no sistema fora definida como complementar viram a primeira normatização das relações com os governos em 1993 por meio da Portaria Ministerial n. 1.286, que estabeleceu a utilização de contrato como instrumento de relação. Tal Portaria não foi eficaz em seu intento e, como veremos adiante, os contratos entre os gestores públicos municipais e os prestadores de serviços de saúde eram bastante incipientes e muitas vezes inexistentes até 2005.

Neste cenário, tinha-se, por um lado, o gestor municipal fortalecido, priorizando o incremento de sua estrutura organizacional gerencial e assistencial principalmente nas redes básica e ambulatorial e, por outro lado uma normatização federal sem força para regradar a prestação de serviços privados. Nesse contexto, de profundas mudanças institucionais e incertezas os gestores privados demonstram certa insegurança que se conforma enquanto discurso na oposição enérgica às idéias que sustentavam a criação do SUS. Foi recorrente a alusão à estatização e ao comunismo (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008; GESTOR PRIVADO BH 2, 2008) como motivos para o comportamento conservador frente à mudança. A falta de clareza quanto ao papel dos hospitais privados no SUS e a dependência do financiamento público criada nos períodos anteriores faziam a conjuntura instável, na percepção dos prestadores.

Esse grupo, que defendia a extinção do INAMPS e a destinação dos seus recursos para o Ministério da Saúde, era vinculado a idéias estatizantes, que o setor saúde deveria ser todo público, não deveria ter atividade privada no setor saúde. E o INAMPS tinha se organizado no sentido de criar sua operação mais com o setor privado. [...] essas idéias foram [se] proliferando [...] através de conferências nacionais de saúde [...] [e] isso tudo se [consolidou] na Constituição de 1988. [...] o projeto inicial [...] realmente acabava com o setor privado na área da saúde. [...] naquela época havia uma mentalidade muito forte [de que] o Estado é que devia prover tudo. [...]. Então era aquela idéia de se criar partido único, sistema único, central única, era tudo único, [...] a sociedade tinha que ser subordinada toda a um poder único, que era o comunismo. [...]. [...] no texto final [da Constituição], depois de muita briga, [...] foi criado até uma organização chamada Centrão, que passou a ser a negociata [...]. Então, com esse Centrão acabou se arranjando uma composição, de modo que o setor privado não era extinto [...]. E, no artigo 199 tem lá que a saúde é livre a iniciativa privada. [...]. Só que o grupo mandatário do país [...] [aceitou] aquela negociação em termos constitucionais, mas na prática [...] todos os esforços que foram feitos do ponto de vista gerencial e operacional pelo Ministério da Saúde foi de extinguir o setor privado (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

Além disso, quando Belo Horizonte assume a gestão semiplena o governo municipal estava sob comando do Partido dos Trabalhadores, a percepção de que havia uma ameaça de radicalismo justifica a resistência ao processo de municipalização que parece mais materializar uma oposição à ideologia do governo. “As principais prefeituras naquela época [...] eram constituídas por PT, e, naquela época, o grupo do PT era um grupo muito mais radical do que é hoje, o que eles preconizavam era a estatização [...]” (GESTOR PRIVADO BH 2, 2008).

Tal situação tem vários elementos explicativos. Primeiro, deve-se citar o fato de que os municípios, assim como os estados, não tinham “tradição” na prestação de serviços hospitalares. O que significa dizer que não mantinham relações com os hospitais que prestavam serviços para o setor público, que até então na área hospitalar era representado pelo INAMPS. Assim, não havia canais estruturados e formais de diálogo e negociação. Segundo, a conformação do Sistema Único de Saúde, fruto da necessidade de expressar e abarcar os diversos atores, novos e antigos, gerou um projeto que acabou por criar incertezas para o setor privado, sendo mais enfatizado o fato de não se ter definido um papel claro e coerente para sua participação no novo sistema, já que a posição “complementar” parecia surreal para os atores. Terceiro, após as definições institucionais da Constituição Federal, o processo de descentralização se converteu em uma negociação entre esferas de governo, o que por sua vez, gerou mais incertezas para o setor privado excluído desses diálogos.

Nunca fomos chamados a participar, nunca fomos chamados a colaborar com nada, todas as regras que vinham eram em forma de imposição. Nunca foi construída uma mesa de negociação para a gente tentar discutir e ver como é que nós conseguiríamos acordar alguma coisa que fosse boa para todo mundo (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

Outro argumento utilizado dizia respeito à interpretação do que seria a descentralização do sistema de saúde disposta na Constituição. “Nós entendemos [que] houve [...] um problema [na] criação da gestão plena do município. A Constituição do Brasil não define a municipalização como o objetivo

final a ser alcançado. O objetivo final a ser alcançado é a descentralização com regionalização” (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

Nesta situação, a oposição às mudanças se materializou na forma de uma manifestação nacional, coordenada pela Federação Brasileira de Hospitais. “[...] os hospitais privados [...] não acreditavam muito no SUS” o que foi expresso “em 95 [quando] eles fizeram um movimento nacional para reverter esse processo e não foram vitoriosos” o que se deveu, segundo o entrevistado, ao fato de “que entre eles tinha um série de polêmicas, e eu acho que eles não estavam tão fortalecidos” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008).

De acordo com o Gestor Público BH 4 haviam dois motivos principais que fragilizavam as iniciativas dos prestadores. Primeiro, “[...] os dois maiores hospitais de Belo Horizonte eram filantrópicos [...]” com isso dependiam fortemente da demanda pública, “[...] não podiam entrar batendo demais no governo”. Segundo, “[...] os hospitais tinham uma série de problemas, [como] dívida com IPTU [...]” necessitando manter um canal de diálogo aberto o que pressupõe minimamente boas relações. Terceiro,

[...] [em] 1993, 1994, os hospitais demoravam quatro, cinco meses pra receber uma fatura [...] quando veio a semiplena a gente pagava em dia. [Isso] acirrou os problemas internos [dos hospitais]. [...] isso [os] enfraqueceu porque [enquanto alguns hospitais] estavam ganhando em dia, [outros] estavam demorando três, quatro meses [...] (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008).

O incentivo que o Ministério da Saúde forneceu ao processo de descentralização foi o pagamento antecipado, com base em série histórica, aos municípios dos serviços que os hospitais prestavam (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008). Com isso, os gestores municipais podiam efetuar os pagamentos “em dia” enfraquecendo as possibilidades de ação coletiva. Ao mesmo tempo em que a importância da rede privada na oferta de prestação de serviços era parte fundamental para o sistema público, esse recurso de poder se relativizava na medida em que o setor privado dependia de forma significativa de financiamento público. Tanto a participação significativa dos serviços privados no sistema público

quanto sua decorrente dependência financeira eram características legadas da política anterior ao SUS, que neste momento, impunham limites para a ação.

Um representante dos prestadores atribui os problemas de gerar ação coletiva à falta de organização e à dependência do setor público, o que acabou limitando suas escolhas e ações (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008; GESTOR PRIVADO BH 5, 2008).

O setor hospitalar nunca se organizou de forma profissional no sentido de se estruturar como um setor organizado e discutir propostas de soluções que interessavam ao setor. Como sempre era uma decisão de governo [que] vinha imposta de cima para baixo. O prestador de serviço, com medo de ficar sem a prestação, acabava concordando com tudo. E não reagia às mudanças com medo de perder a condição de prestador de serviço (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

Não foi possível identificar com clareza as reivindicações dos prestadores que motivaram as manifestações de oposição ao SUS. O que se percebeu é que eram de natureza mais queixosa do que propositiva. O resultado das fragilidades organizacionais, argumentativas e financeiras foi o fracasso das iniciativas de contestação do novo marco institucional setorial.

Diante disso um representante dos prestadores conta que mudaram a estratégia de confronto para uma tentativa de colaboração. Expressando a influência das instituições nas preferências e estratégias dos atores, pois os prestadores passaram desenhar seus objetivos e o método para alcançá-los com base na conformação institucional.

Vou te dar um exemplo do que aconteceu conosco. Nós fizemos um estudo aqui pela Associação dos Hospitais de Minas Gerais, por volta dessa época [início dos anos 90]. Um dos grandes problemas do atendimento de todas as capitais era o atendimento de urgência e emergência. Nós fizemos um estudo com as principais vias de acesso [à] Belo Horizonte [...] qual que era a estrutura hospitalar existente nesses municípios, qual que era os acontecimentos predominantes em termos de acidentes [...] que tinham como eixo Belo Horizonte. [...] Então fizemos uma proposta [...] e levamos para a prefeitura de Belo Horizonte para tentar estruturar esses hospitais que estavam na beira dessas rodovias [...] A secretária olhou, botou na gaveta e falou: atendimento de urgência é coisa do setor público, não é do setor privado. Essa foi a resposta que nós tivemos [...] (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

Os prestadores relatam que da parte dos gestores públicos, seja qual for o nível de governo e o partido político, há pouca abertura para o debate. O Gestor Privado BH 8 (2008) considera que os

governos tratam os prestadores como “bandidos” ou “donos de bingo”. Essa percepção, ao mesmo tempo em que pode dificultar o diálogo entre os atores aponta a necessidade de melhorar a gestão das organizações. “Então nós temos que estar preparados para este mundo. Nós temos que estar, a cada dia, mais transparentes” (GESTOR PRIVADO BH 8, 2008).

O cenário que o prestador visualiza é de divisão do sistema de saúde. “Hoje nós temos dois sistemas de saúde antagônicos, um sistema público e um sistema privado, que não conversam, não interagem entre si [...]” (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008). Nesta conformação os prestadores se enxergam à parte, nas palavras do Gestor Público BH 5 (2008) o “setor privado é marginal” no sistema. Ambos os atores concordam que a inserção do setor privado no sistema de saúde é tarefa do governo. Contudo, os prestadores criticam a falta de definição sobre seu papel.

[...] o primeiro grande desafio que nós temos que superar é [definir] qual que é o papel da iniciativa privada na prestação de serviço de saúde? Ele é complementar ou ele é suplementar ao SUS? Quer dizer, eu vou complementar alguma coisa que o público não dá? [no qual] você compra um complemento daquilo que você não tem direito. Ou ele é o suplemento do sistema público? (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

No sistema de saúde criado na Constituição de 1988 foi estabelecido um “lugar” para os serviços privados que parecia incoerente com sua real participação. Ficam evidentes na fala dos prestadores as incertezas que uma conformação como essa acarreta, expressa no anseio de que o governo defina empiricamente qual o real papel do setor privado no sistema de saúde.

Temos que o processo de descentralização mudou a trajetória da política de saúde no Brasil, neste caso, modificou significativamente o papel do município. No que se referiu aos prestadores privados a mudança foi mais formal do que empírica.

Neste momento a aproximação entre os atores promovida pela descentralização não se deu de fato. Os gestores públicos priorizavam o desenvolvimento de capacidades institucionais para implementar o SUS. Os prestadores privados viram suas reações de oposição fracassar e se debatiam frente às

incertezas advindas com a mudança institucional. Esses elementos favorecerão a aproximação entre os atores, que terá início com as atividades de regulação desenvolvidas pelos gestores públicos.

Os instrumentos de controle dos serviços prestados e do fluxo de pacientes no sistema são comumente agrupados nas funções denominadas de regulação, controle e avaliação. Em Belo Horizonte essas atividades foram transferidas para o município em 1993 pela Secretaria Estadual de Saúde. O setor de Controle e Avaliação atuava na gestão do setor hospitalar autorizando laudos médicos, distribuindo AIHs, recebendo faturas e as encaminhando ao Ministério da Saúde (SANTOS, 1998b). Para implementá-lo no município foram constituídos núcleos de Controle e Avaliação em cada distrito sanitário. Também foram constituídas no nível central equipes responsáveis pela área ambulatorial, hospitalar e de procedimentos de alta complexidade. Para dar suporte ao trabalho dessas equipes foi iniciado um processo de informatização que resultou na implantação da Central de Marcação de Consultas em parceria com o DATASUS; da Central de Internação desenvolvida pela empresa de informática municipal Prodabel; e de programas de apoio ao controle dos procedimentos de oncologia.

Doravante chamaremos esses mecanismos de controle de instrumentos de regulação.

A Central de Leitos foi criada em 1990 pela Secretaria Estadual de Saúde com a função de localizar leitos disponíveis na rede assistencial. No período de 1993 e 1994 a central ficou sob a gerência conjunta do estado e do município, lembrando que havia um alinhamento entre os gestores de saúde municipal e estadual no que se refere à descentralização dos serviços de saúde. No final de 1994 mudou-se a denominação para Central de Internações, seu controle passou ao município e sua função foi ampliada, passando a regular e controlar o sistema de internações de Belo Horizonte. Suas funções eram gerenciar as internações do sistema, controlar a alocação de recursos, emitir AIHs a partir da inserção no sistema de informação dos laudos médicos, tratar e sistematizar as informações sobre a

rede e assistência hospitalar (MAGALHÃES, 1998, p. 280). A Central de Internações conta com um banco de dados no qual estão inseridos os leitos cadastrados no sistema de saúde de Belo Horizonte e assim, monitora as movimentações de internações e altas hospitalares.

No que se refere à inserção desse tipo de atividade no rol de responsabilidades dos gestores municipais a primeira iniciativa se deu com a descentralização das autorizações de internação hospitalares (AIH) do INAMPS para o município. Tal fato ocorreu já nos primeiros anos da municipalização, durante a gestão de Saraiva Felipe a frente da SES, quando o INAMPS repassou o mecanismo de acompanhamento das contas hospitalares cujo objetivo era informar os pagamentos das mesmas. Tal procedimento representava uma primeira aproximação com os prestadores privados de serviço.

O Gestor Público BH 5 (2008) informa que esse processo era bastante incipiente no que se refere ao controle, consistindo basicamente no recebimento das faturas dos hospitais e sua digitação no sistema próprio, em seguida as informações eram enviadas para o DATAPREVI para que fosse encaminhado o pagamento ao prestador, que era feito diretamente pelo INAMPS. “Era um processo ainda muito centralizado, nós simplesmente digitávamos e enviávamos, não tínhamos nenhum mecanismo de controle” (GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008). Com isso o INAMPS descentralizava a atividade de inserção das contas no sistema de informação correspondente e centralizava os pagamentos aos prestadores.

Da mesma forma que assim que aderiu à gestão semiplena o município teve que trabalhar para num primeiro momento saber o que se passava de fato na rede pública, agora o município se debruçava em conhecer a dinâmica das relações e funcionamento com o setor privado. Assim, o Gestor Público BH 5 (2008) relata que “do ponto de vista de gestão [esta primeira aproximação], foi um processo que objetivou muito o controle de recursos assistenciais”. A idéia era conhecer o fluxo dos serviços e a

dinâmica de sua prestação. Isso porque também o INAMPS não possuía mecanismos de controle dos serviços além dos tetos financeiro e assistencial (MOSCONI, 2008).

Nesse sentido, a ação subsequente se consubstanciou na implantação de um sistema de controle dos procedimentos de alto custo, “cujo objetivo fundamental era efetivamente a questão financeira” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008). A preocupação com este tipo de procedimento se deve, basicamente, a dois fatores. Primeiro, a participação do setor privado no sistema público se dá, majoritariamente, na prestação de serviços de maior complexidade. “Ocorre que na questão hospitalar, que hoje é alta complexidade, e na questão das consultas especializadas o setor privado era majoritário. Ao ser majoritário [...] nós não tínhamos os instrumentos técnicos-políticos de gestão desse setor” (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008). Segundo, parcela significativa dos recursos do setor público é destinada para as ações de alta complexidade e pagamento de serviços comprados do setor privado.

Nós tínhamos, com o setor privado, uma inversão muito grande do ponto de vista de alocação de recursos [...] e a parte do alto custo [...] o conjunto dos recursos financeiros alocados era maior. Então [...] o estabelecimento de controle de processos mais refinados [...] permitiu a aferição de fraudes [...] nós conseguimos, do ponto de vista de impacto de recursos financeiros, um conjunto de recursos bastante significativo [para investir na rede primária] (GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008).

Outro mecanismo de controle foi implantado sobre a emissão das autorizações de internação hospitalares (AIH), incrementando o sistema existente. A prática anterior era atribuir uma cota de AIHs para cada prestador de serviços. Passou-se a centralizar as AIHs em uma instância central de gerenciamento que as distribuía segundo “critérios de necessidade e potencialidade de atendimento, definidos pela capacidade instalada de cada prestador” (SANTOS, 1998b, p. 41). Também foram criadas equipes distritais, as Juntas de Concessão de AIHs eletivas, responsáveis pela avaliação das solicitações de cirurgias eletivas.

Com isso, o gestor público passava a controlar a utilização de leitos hospitalares, “antes da AIH ser enviada [para o DATAPREVI], nós fizemos um processo de verificação [...] informatizado [...] com

isso, nós montamos um banco de dados [...] que permitia ver duplicidades” (GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008). A necessidade de elaborar um controle próprio estava na necessidade de produzir informações. “Porque naquela época esse processo era muito centralizado. A gente [recebia os relatórios do INAMPS] um mês, dois ou três meses depois [...]”. Dessa forma, o Gestor Público BH 5 enfatiza que era muito difícil fazer controle com base nesses dados, pois quando os tinham os pagamentos já haviam sido efetuados. “[...] do ponto de vista de gestão, era praticamente difícil, [...] não tinha controle nenhum [...]” (GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008).

As atividades relacionadas com auditoria de internações foram incrementadas com o desenvolvimento de um programa de crítica de laudos cujo objetivo era monitorar irregularidades e/ou fraude nas internações, a obrigatoriedade de entrega de laudos com até 48 horas após a internação, revisão de prontuários, dentre outras iniciativas (SANTOS, 1998b, p. 42).

Além dos controles externos também foi criado o setor de Supervisão Hospitalar dirigido ao acompanhamento dos serviços enquanto prestados, dentro do hospital. Tal atividade já era desenvolvida pelo INAMPS que, no processo descentralização, transferiu quarenta e nove médicos supervisores. Esses profissionais foram treinados pelo município para compor o setor que teria novas características. Disso resultou que “a supervisão se caracteriza pela descentralização, com equipes lotadas nos Distritos Sanitários, tecnicamente vinculadas a uma coordenação central, trabalhando em sistema de rodízio nos hospitais” (SANTOS, 1998b, p. 43). Outro mecanismo de controle desenvolvido nesse período foi a Ordem de Reembolso (OR), implantada em abril de 1995, que consistia no ressarcimento ao município de valores cobrados (e pagos) considerados indevidos, com base na avaliação dos supervisores hospitalares (SANTOS, 1998b, p. 42).

Duas questões importantes estavam sendo abordadas com o desenvolvimento de ferramentas de controle. Uma era a questão do controle dos recursos financeiros alocados ao setor privado. Outra era a geração de informações sobre os serviços prestados por este.

Então é muito interessante, quando nós começamos a controlar as AIHs [...] pagávamos em torno de 27, 28 mil autorizações [hospitalares]/mês. Quando nós [começamos a utilizar] o sistema de autorização para fazer a gestão, só o fato de colocar uma equipe de supervisão [...] fez cair em [mais ou menos] 3 mil AIHs em 3 ou 4 meses. Foi um absurdo! Era caso de polícia. Então tinha uma fraude no sistema. [...], foi só colocar mecanismos de controle [para verificar se] as consultas privadas tinham realmente sido executadas [que] modificou o próprio gasto (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008).

Esperava-se que o controle dos recursos alocados aos procedimentos de maior complexidade e ao setor privado teria como contrapartida imediata disponibilização de recursos para áreas de interesse do gestor municipal para investimento (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

[...] a duplicidade de fatura, [...] tudo isso a gente conseguia pegar, a gente conseguia pegar também quem não tinha autorização de internação da forma adequada, [...] esse mecanismo básico na questão dos leitos e a questão dos sistemas mais refinados de alto custo, a articulação desses dois processos, permitiu um abate importante para investimento nas outras áreas (GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008).

Vimos que os gestores públicos iniciaram atividades de controle, primeiro sobre os procedimentos de alto custo, depois sobre as internações hospitalares. O terceiro objeto de regulação foi o acesso às consultas médicas especializadas. O Sistema de Marcação de Consultas foi implantado em 1995, “[...] porque a parte não só de leitos, mas também a parte de média complexidade e de alto custo é realizada pelo setor contratado e conveniado” (GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008). No modelo anterior o usuário do sistema de saúde era responsável por encontrar dentre uma gama de prestadores públicos e privados o que poderia atendê-lo. O sistema de marcação de consultas passa a centralizar a oferta de consultas disponível para o SUS. O procedimento de acesso se dá seguindo a hierarquia da atenção conforme disposta no desenho do sistema de saúde. Assim, o indivíduo que tem identificada a necessidade de utilizar consultas não disponíveis na rede primária recebe um encaminhamento do médico, com isso

um profissional do centro de saúde solicita à central de marcação de consultas o encaminhamento do indivíduo, é a central que define onde o usuário será atendido com base na disponibilidade pública e privada contratada.

Contudo, Jorge et al (1998, p. 335) avaliam que até 1996 alguns problemas podiam ser apontados no que se refere as ações de controle e avaliação e seus resultados, quais sejam:

falta de incorporação da rede hospitalar contratada e conveniada ao modelo assistencial proposto pela SMSA; deficiência da gestão sobre os prestadores com relação à avaliação da qualidade e impacto das ações; insuficiência de instrumentos que garantam acesso a serviços de saúde, principalmente aos leitos hospitalares; inexistência de instrumentos legais (contratos e convênios) na relação com o setor privado.

Os mecanismos implantados com o objetivo de conhecer o funcionamento do setor privado na sua relação com o sistema público focavam a prestação de serviços e a alocação de recursos. Buscava-se a eficiência técnica dos processos. Esse movimento propiciou a aproximação dos dois atores. “[...] foi um processo gradativo de aproximação do setor privado” (GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008).

Nesse contexto, a criação de uma central de leitos e central de marcação de consultas era expressão da ampliação da atuação do gestor público no sistema, pois estas estruturas objetivaram agir como ligação entre o usuário e o setor privado, o que antes era responsabilidade do usuário. Com isso, a SMS passava a ter controle sobre a demanda, pré-condição para determinar a oferta de serviços que deveriam ser contratados.

Entretanto, a ampliação da interferência de um ator, neste caso, implica a diminuição da discricionariedade do outro. Por parte dos prestadores de serviços a estruturação dos mecanismos de controle foi vista como uma forma de precarizar a prestação de serviços, comprometendo a tão cara autonomia do médico que já não mais poderia determinar sua ação. De fato, o resultado das ações de controle seria a progressiva transferência da tomada de decisão do âmbito individual do médico e organizacional do hospital para a área técnica da SMS.

Eu não sei te dizer agora, mas criaram uma central de leitos [que fazia] a distribuição dos pacientes na medida em que tinha vaga de leitos. Isso também foi outro negócio que deu muito problema. [...] [por exemplo] eu preciso fazer um determinado tipo de tratamento. Surge uma vaga lá no hospital da periferia. Manda internar lá. Mas aquele hospital não tem condições de atender o meu caso. Então eu ocupei uma vaga, fiquei internado, dei origem a uma despesa e não resolveu nenhum problema, por quê? Porque eu preciso, por exemplo, de uma garantia de alto nível. Mas aquele hospital não tem. [...] hoje eu ainda vejo, encontro um amigo que é médico e ele me diz: “imagina, eu estou precisando internar um paciente, eu tenho uma vaga que um amigo meu reserva na Santa Casa, mas eu tenho que mandar o paciente para a central de leitos”. Então é a central de leitos que vai dizer para onde o paciente vai (GESTOR PRIVADO BH 2, 2008).

Os prestadores percebiam os mecanismos de controle como expressão da visão negativa que deles tinham os gestores públicos. “[...] [os supervisores hospitalares] foram orientados no sentido de dizer “olha, o médico está fazendo coisas que não precisa, está aumentando o custo do paciente” [...]. Então eles chegavam achando que o ladrão era o hospital, que o ladrão era o médico” (GESTOR PRIVADO BH 2, 2008).

Uma possibilidade de ação proporcionada pelo maior conhecimento da dinâmica de prestação de serviços no município foi de interferir na rede privada contratada ou conveniada. “[...] nós fomos tirando os hospitais picaretas. Então não é à toa que, de 57, hoje nós temos 36. Nós descredenciamos mais de 20 hospitais [...]” (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008). Com o início dos trabalhos do setor de Supervisão Hospitalar “houve o descredenciamento de quatro hospitais privados, dois por iniciativa própria e dois por determinação da SMSA” (JORGE et al, 1998, p. 327).

Portanto, o gestor passou a estabelecer critérios de qualidade para a prestação de serviços cuja consequência foi a possibilidade de desligar do sistema os prestadores que não se enquadrassem. Isso, de certa forma empoderou o gestor público, lhe deu motivo e justificativa para interferir.

Assim, [...] a taxa de cesariana, de parto normal, infecção hospitalar, [média de] permanência, [...] foram alguns indicadores, [...] e [a Secretaria de Saúde] foi engendrando essa perspectiva de avaliação dos serviços, [...] os [prestadores] que não estavam atendendo alguns parâmetros de qualidade foram sendo descredenciados a partir de um acompanhamento da supervisão hospitalar [...] (GESTOR PÚBLICO BH 8, 2008).

O estabelecimento de critérios para participar do sistema representou para o gestor público uma significativa ampliação de sua capacidade de ação, e para o gestor privado o crescimento da intervenção do setor público em suas operações.

Desligar uma organização do sistema é uma iniciativa que aumentava os recursos de poder no que se refere a relação com os demais hospitais. Com isso, o gestor público se qualificou a agir de acordo com o que entendiam ser “um gestor forte”, isto é, capaz de impor seus interesses ao setor privado. “[...] além desses fechamentos de serviços, a gente foi exigindo cada vez mais que eles seguissem as normas do SUS e enviassem informações [...]” (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

Estas iniciativas eram acompanhadas do desenvolvimento de ações compensatórias. Por exemplo, o Gestor Público BH 7 conta que uma maternidade privada foi fechada “porque os resultados e os indicadores já eram ruins há muito tempo” (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008). Em contrapartida juntamente com a Universidade Federal de Minas Gerais, “abrimos uma maternidade e um hospital nessa região para suprir essa deficiência [...]” (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

Deter organizações estratégicas no setor é uma iniciativa que amplia a capacidade de ação do gestor público. Permite-lhe maiores condições de barganha e negociação, pois lhe possibilita controlar uma parte da prestação de serviços. Neste caso, o esforço dos gestores públicos foi no sentido de controlar o setor de maternidades, já que o serviço de parto é um dos mais realizados no sistema (GESTOR PÚBLICO BH 4, 2008; GESTOR PRIVADO BH 2, 2008). “[...] nós fomos fechando [as maternidades privadas] e hoje só tem maternidades públicas” (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

Outra área considerada estratégica era a de urgência e emergência, uma das portas de entrada no sistema. Os gestores definiram que as portas de entrada deveriam ser públicas, com isso passaram a descredenciar pronto-socorros localizados em hospitais privados. “[...] hoje só tem pronto-socorro

público. [...] nós vimos que ter um pronto-socorro aberto no hospital privado era um espaço de fraudes muito grandes” (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

Belo Horizonte já definiu onde que é a porta de urgência, onde que não é [...], não existe nenhuma porta de urgência não pública [...]; se eu tenho a porta de urgência [privada] eu só posso atender o meu paciente, não o paciente da rede [pública] [...], isso já foi caracterizado na cidade. Então essa revolução [...] já está totalmente consolidada [...] (GESTOR PRIVADO BH 4, 2008).

Ter controle da “porta de entrada” significa que o primeiro contato do usuário será com o serviço público. Com isso, o encaminhamento no sistema também será responsabilidade do gestor local, o que propicia maior controle sobre os procedimentos realizados, conhecimento do fluxo dos pacientes e diminuição da discricionariedade dos prestadores privados na determinação dos serviços utilizados.

Referenciamento nos procedimentos, passar pela central de leitos, sem ter aquela demanda espontânea, que é onde gera os procedimentos desnecessários, então tudo são fatores que vieram se somando. Hoje [...] o primeiro atendimento está nas mãos do município, então os hospitais não têm mais aquela situação de porta aberta. Com isso, o município consegue criar uma demanda diferente (GESTOR PÚBLICO BH 6, 2008).

Sem esses procedimentos os hospitais se valem de estratégias diversas para utilizar sua capacidade instalada nas áreas melhor remuneradas pelo sistema. Tal racionalidade é estimulada por uma tabela de procedimentos que remunera a preços de mercado os procedimentos de maior complexidade e, muitas vezes, abaixo do custo os demais.

[Hoje] o paciente que precisa de internação, realmente vai pra uma internação, encaminhado por um serviço deles [da SMS], uma triagem [...]. Antes não, como não tinha o credenciamento pra você fazer o exame de tomografia que você comprou, você internava paciente e fazia tomografia com ele internado. E isso o sistema permite, pra você fazer o atendimento com o paciente internado, você tem que usar de toda a infra-estrutura, independente dela ser conveniada ou não. [...]. Então eram subterfúgios que existiam [...] (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008).

À medida que os recursos assistenciais passam a serem controlados pelo gestor público supunham que haveria diminuição dos chamados “procedimentos desnecessários”, ou porque evitariam a utilização desnecessária de recursos mais complexos, dentro da estratégia de produzir mais o que paga

mais, ou porque os usuários teriam seus problemas resolvidos nas redes de menor complexidade, públicas.

Foi um foco que teve resultado interessante do ponto de vista financeiro e [...] do ponto de vista de gestão. O controle da relação com o setor contratado e conveniado, nessa dimensão de disponibilização de recursos assistenciais, que eram controlados de uma forma anárquica a partir da porta de entrada do privado, com o sistema constituído, nós conseguimos montar fluxos que permitiam um pouco a integração disso efetivamente na rede [...] (GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008).

O argumento dos gestores para deixar de utilizar os serviços privados e criar estruturas públicas é o de que sendo público seria mais fácil de controlar fraudes.

[os hospitais privados costumavam] colocar pacientes particulares fora do fluxo, privilegiando-os. E aí, nesse movimento, a secretaria definiu: olha, não dá, nós temos que contar com atores que sejam parceiros mesmo, o setor público, a gente sabe que não vai ter essa interferência, aí nós fomos progressivamente fechando tanto maternidades quanto pronto-socorros, e colocando só público [...] (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

Mas mesmo que a articulação entre os atores fosse se modificando é possível verificar a existência da tensão. “E na medida em que o setor privado conhecia mais detidamente os mecanismos de controle instituído, eles começavam a arrumar outras formas de burlar. [...] a gente também vai tendo que evoluir os sistemas pra conseguir trabalhar nessa outra realidade” (GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008). Percebe-se que a racionalizada técnica guia a ação dos gestores que buscam resolver os problemas relacionais com os prestadores privados por meio de controles institucionais e incrementos gerenciais.

A consolidação e fortalecimento dessa política de intervenção e controle dos recursos assistenciais criaram novas necessidades para os serviços hospitalares, ao lado da crescente profissionalização do setor. “Que é o que eu sempre dizia desde o início, o gestor público é o nosso principal cliente” (GESTOR PRIVADO BH 6, 2008). Percebe-se que os prestadores passaram a reconhecer a gestão municipal em virtude dos resultados das ações empreendidas.

[...] a nossa postura foi alinhar com o gestor; a prefeitura municipal de Belo Horizonte não tem nenhuma porta de entrada que não seja regulada pela própria secretaria, então o PA [pronto-atendimento] daqui já tinha sido fechado. O PA [...] para o bem ou para o mal, ele tem algumas vantagens e desvantagens pro hospital e nós abrimos mão [do PA]. Nós temos cem por cento

dos leitos regulados pela central de regulação, esse leito não é nosso. A gente só disponibiliza a vaga pra estar recebendo o cliente que ela quiser. Enfim a nossa postura foi de alinhamento completo. Agora, nós tínhamos um gestor bastante maduro aqui (GESTOR PRIVADO BH 6, 2008).

Mesmo que as relações estivessem mudando, a implantação de mecanismos de controle, por sua própria natureza, tinha potencial conflitivo.

É que, na verdade, é muito difícil mesmo [...]. Porque você tem que jogar duro na perspectiva de que o interesse público prevaleça e não interesses corporativos, de categorias médicas especialmente. Os grupos que dominam os hospitais, os grupos vinculados a grandes especialidades, o pessoal do transplante [...] que são muito fortes. Só se consegue fazer isso de uma forma interessante, se você é um gestor muito forte. [...] para mim, o diferencial de Belo Horizonte é que, desde o início, [...] nós tentamos uma regulação forte (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

Os Gestores Públicos BH 7 e 8 relatam que o início do processo de controle dos serviços prestados do setor privado gerou uma série de confrontos entre os atores, pois “[...] como eles [o setor privado] não tinham essa prática, foi muito difícil e teve muita resistência” (GESTOR PÚBLICO BH 8, 2008). As dificuldades dos gestores públicos decorrem justamente de não possuírem experiência na gestão e controle dos serviços privados. Além disso, deve-se lembrar que também não a tinham o INAMPS e o estado. Constituindo-se assim em atividade de fato inovadora, pelo menos na saúde, no rol de atribuições governamentais. No que se refere aos prestadores, o fato dos órgãos públicos historicamente não estruturarem controles eficientes moldou seu comportamento, a implantação da regulação municipal implicou transformações em sua atuação, provocando resistências. Com isso, as dificuldades encontradas no processo decorrem das conformações e comportamentos forjados na convivência e aplicação do arranjo institucional pretérito.

Contudo, na opinião dos gestores públicos a maior dificuldade se deu foi com os hospitais do Governo do Estado, com a rede FHEMIG. Por sua importância na prestação de serviços no município, sua integração na rede era condição necessária para a gestão do sistema.

[no que se refere aos] mecanismos de controle, a FHEMIG estava um pouco à parte, mas, como aqui, em Belo Horizonte, o peso do setor contratado e conveniado é muito grande o grosso de recursos foram controlados por esses mecanismos, mas o estado só muito recentemente

participa desse processo todo de controle que foram instituídos [...] (GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008).

Uma das justificativas para explicar a maior dificuldade está no fato de ser também um gestor público o que limita a possibilidade de coerção por parte do município. Frente a outro ente federado mais poderoso o gestor municipal não tem recursos de poder para agir como fez com o setor privado. Aqui estão em jogo outros interesses, como uma boa relação com o governo do estado, sempre uma questão importante para uma capital. A saída foi postergar a regulação.

A Fundação Hospitalar de Minas Gerais, que são 10 hospitais da rede FHEMIG, [...] vão ser os últimos hospitais que nós conseguimos entrar com a supervisão hospitalar, pela resistência do estado, achando que a rede hospitalar tinha que ficar sob a supervisão dele, mesmo que tenha toda uma definição [normativa]. Então [...] agora [em janeiro de 2008] é que nós vamos fechar o contrato oficial, tem 5 anos que a gente está nessa negociação com eles e sempre pára por algum problema (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

Diante da tensão com o governo estadual os gestores municipais desenvolveram estratégias alternativas para ampliar seu controle na rede hospitalar e ao mesmo tempo pressionar o estado a fazer parte da nova institucionalidade. Nesse contexto, os gestores acabaram por privilegiar as relações com o setor privado, dado sua maior possibilidade de interferência.

Devemos levar em consideração que a cooperação entre governo do estado e governo da capital, em Minas Gerais, é um fato percebido historicamente, mas que tem suas limitações. É interessante lembrar que desde 1993 o PT, seja como partido no governo ou participante da coalizão, esteve presente no governo da capital. Já no governo do estado se alternaram, no período estudado, PMDB e PSDB. Como se sabe a relação entre estes partidos políticos é de disputa, embora durante a gestão presidencial de 2006-2010 o governo do PT tenha se tornado parceiro do PMDB.

[...] sempre foi muito tenso, muito difícil a relação, até por divergências políticas com o estado, e, com uma oferta muito boa no setor privado, Belo Horizonte montou a assistência com o setor privado contratado e foi desenvolvendo esse mecanismo de regulação junto ao setor privado. [...] a FHEMIG foi ficando um pouco fora da história, então eles, até esse momento, já vem com uma maior disposição para negociar. Sabendo que se eles não vierem ficarão fora da história, porque hoje a discussão da regulação, ela é nacional, não tem como fugir disso mais, e uma regulação com a responsabilidade da esfera de governo que faça a gestão. Então se Belo

Horizonte é o gestor pleno, a regulação é do município, então não dá para eles ficarem à parte (GESTOR PÚBLICO BH 8, 2008).

A resistência foi diminuindo à medida que o gestor municipal se fortaleceu enquanto tal. Demonstrando experiência na tarefa de regular a rede. Segundo os gestores locais, esse foi um dos motivos que propiciou a abertura da rede estadual, além da questão do desenvolvimento do próprio sistema de saúde, na construção discursiva do poder local e descentralização. Não poderia o estado ficar alheio e remar contra a maré de legitimidade do sistema.

E tem alguns hospitais [da FHEMIG], que eles não deixavam a gente entrar [...]. Eles tinham medo desse olhar do município e dessa regulação, então, assim, no começo do processo, lá nos idos de 93, 94, a gente teve uma grande resistência, mas, como o município foi se organizando [...], criando uma relação que foi desarmando os hospitais. Hoje eles têm uma relação, assim, no mínimo suportam o supervisor [hospitalar], outros não, o supervisor até é uma pessoa que ajuda, fazem uma interlocução da secretaria (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

De forma geral, estabelecer mecanismos de controle representou uma mudança importante na dinâmica da prestação de serviços e das relações entre os atores. Decerto que gerou dificuldades e tensões. Num primeiro momento os gestores privados se viam cerceados de poder de decisão sobre a administração de seus recursos. Os médicos se viam impedidos de decidir sobre seus pacientes, o tratamento e sobre a utilização dos recursos assistenciais. Esse espaço, essa utilização dos recursos e o fluxo de pacientes é justamente o campo no qual a SMS estava estabelecendo sua ação, o controle dessas dinâmicas era a razão da existência dos mecanismos de regulação.

Nesta conjuntura crítica podemos identificar a dependência de trajetória a partir de duas questões. Primeiro, a necessidade de regular os serviços privados advém da falta de controles eficientes, legado das práticas do INAMPS, o que acabou por conformar um espaço de atuação possível. Segundo, o desenvolvimento dos mecanismos de regulação só foi possível porque as insuficiências gerenciais básicas, como a estruturação do sistema de informação e ampliação administrativa, já haviam, em grande parte, sido sanadas na conjuntura anterior. Dessa forma, a capacidade reguladora dependeu (1) do espaço de atuação existente decorrente da não-ação de instituições pretéritas e (2) da reestruturação

administrativa iniciada na primeira conjuntura crítica, demonstrando que há um elo entre os resultados das ações (ou não-ações) passadas e as possibilidades de ações futuras.

Esta conjuntura crítica conforma-se como um momento de construção de estruturas internas na SMS, enquanto na primeira conjuntura tratava-se de reestruturar e incrementar o que já existia. Conformando-se de fato num período de inovações possibilitadas por conseqüências da trajetória institucional passada.

Percebeu-se que na trajetória descrita não são apresentadas grandes rupturas decorrentes das trocas de governo. Inclusive a percepção positiva dos informantes em relação ao sistema de saúde de Belo Horizonte muitas vezes é explicada pelo fato de que embora os grupos no poder tenham se modificado no período não houve inflexões na política (GESTOR PÚBLICO BH 2, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 5, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 8, 2008; ASSESSOR TÉCNICO 2, 2008).

[...] quando você põe na soma total [...] não houve uma interrupção, teve pequenos momentos, mas logo depois outras pessoas assumiram e retomaram com os quadros que estavam sendo formados e a gente tem hoje um quadro técnico bem capacitado do ponto de vista da gestão do sistema (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

Deve-se levar em consideração que no período 1993-1996 a capital foi governada pelo grupo petista de Patrus Ananias, já em 1997 assume o médico Célio de Castro (PSB) tendo o PT como participante da coligação. Esse período foi relatado como sendo o que mais conturbado para a SMS, em virtude de esvaziamento de quadros e mudanças de prioridades (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008; GESTOR PÚBLICO BH 8, 2008; ASSESSOR TÉCNICO 2, 2008). Em 2000, Célio de Castro é reeleito, contudo se retira do governo em 2001, assumindo o vice Fernando Pimentel (PT) que reconduz à direção da SMS expoentes do grupo gestor que atuou no governo petista de 1993. Pimentel é reeleito em 2003 e, em 2008, em parceria com o então governador do estado Aécio Neves (PSDB) conduz uma campanha

eleitoral bem sucedida para eleger Márcio Lacerda (PSB) como seu sucessor: o que aponta para o pragmatismo do grupo petista de Pimentel¹⁶.

Esta conjuntura crítica aprofundou as mudanças decorrentes do processo de descentralização. No que se referiu aos prestadores privados, verificou-se transformações nas relações e ampliação da intervenção do gestor público. Essas ações apresentaram efetividade sendo inclusive reconhecidas pelos prestadores.

Os mecanismos de controle foram incorporados como atividades a serem desenvolvidas pelos municípios como decorrência das exigências de implementação do sistema de saúde. Tanto é que o Ministério da Saúde passa a reger essas atividades somente a partir da Portaria n. 1.559 de 2008 que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Situação diferente será a formalização e inserção sistêmica da prestação de serviços privados cuja prerrogativa foi do Ministério da Saúde.

Conjuntura crítica: o programa de contratualização

A primeira tentativa do gestor municipal de BH de regularizar as relações com os prestadores privados foi no ano de 2004 por meio do “chamamento público 001-2004” (CASTRO, 2009). Dez anos após a adesão à condição de Gestão Semiplena. Até então a prestação de serviços privados era informal, não havia um acordo expreso. Embora já houvesse legislação obrigando a existência de contratos para a compra dos serviços prestados pelo setor privado.

Deve-se lembrar também que em 2003 o governo federal já havia editado a Portaria que instituía o programa de contratualização para os hospitais universitários, os próximos seriam os filantrópicos.

¹⁶ Outro líder petista mineiro, Patrus Ananias, então ministro do governo Lula, foi contra a “parceira” PT e PSDB na eleição para a prefeitura de BH em 2008.

Além disso, temos que em 2003 é o primeiro ano do PT na Presidência da República, em Belo Horizonte Fernando Pimentel (PT) assume o cargo de prefeito em março devido à saída de Célio de Castro (PSB). Essa configuração político-partidária aponta para o alinhamento entre as ações dos governos. Assim, antes mesmo da publicização do programa de contratualização dos hospitais filantrópicos, o gestor municipal já estava organizando os instrumentos que facilitariam sua implementação.

O “chamamento público”, segundo Castro (2009) foi desenvolvido em dois anos de “trabalho intenso”. Em 2004, foi lançado o edital, as propostas foram recebidas pela SMS, houve a “revisão documental, julgamento técnico e negociação com o prestador”. Em 2005 foi feita a “análise dos recursos, preparação e assinatura dos termos de compromisso, contratos e convênios”.

[...] no início foi um chamamento público, por quê? O que vinha acontecendo até então? Com a herança da rede, o pessoal tinha essa prestação de serviço com a secretaria, mas que não estava formalizada através de nenhum instrumento jurídico. Então, em 2004, foi feito um grande chamamento público a partir do dimensionamento de necessidade [...] de contratação, [...]. [...]. E quem se apresentou a partir desse chamamento foi feito um primeiro contrato [...] (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

O objetivo era formalizar a participação dos prestadores e minimamente pactuar os quantitativos de serviços prestados. “[...] com o chamamento público [...], todos nós assinamos um contrato com o gestor municipal [...]. O quantitativo [pactuado] era muito mais em produção, [...], era muito mais uma questão legal [...] do que propriamente um alinhamento [...]” (GESTOR PRIVADO BH 4, 2008).

A chamada “herança da rede” era a informalidade na compra de serviços do setor privado que como vimos foi um processo de crescente incapacidade do setor público de gerir os serviços de saúde. Tal situação não foi atacada na primeira conjuntura crítica porque o gestor municipal não tinha capacidades administrativas e técnicas para tanto. Já na segunda conjuntura crítica vimos a estruturação de mecanismos que serão necessários para a consecução das atividades exigidas pelo processo de contratualização. Além disso, sabe-se que em muitas localidades até o início dos anos 2000 os

prestadores ainda recebiam os pagamentos diretamente do MS, sem a intermediação do governo local (MARQUES e MENDES, 2003). O que implicava em uma considerável limitação de ação e expressava a reprodução das relações institucionais estabelecidas no arranjo institucional pretérito.

Segundo o Gestor Privado BH 1 (2008) a Associação de Hospitais de Minas Gerais se posicionou contrária ao chamamento público. “Quando nós vimos o edital de chamamento, [...] [verificamos muitas] anormalidades jurídicas [...]. Nós tentamos conversar com a assessoria jurídica da prefeitura no sentido de mostrar [...] a nossa visão, [...], mas não foi aceito [...]”. O edital foi publicado. “Nós aconselhamos o pessoal a não assinar [...]”. Contudo, os hospitais que dependem mais diretamente da demanda e do financiamento público não puderam compor a tentativa de coordenação de ação coletiva da Associação. O que debilitou a oposição dos hospitais e colocou os termos dos debates e negociações em outros patamares, os quais são influenciados mais fortemente pelos gestores públicos.

“Os hospitais privados não quiseram assinar, mas os filantrópicos tiveram que assinar” (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008). Diante disso, conformou-se uma situação de disputa entre os próprios hospitais, preocupados com a fatia que lhes seria destinada. Os hospitais privados acabaram por não aderir à mobilização, argumentando que se os filantrópicos assinassem poderia se conformar um cenário no qual não “sobrariam” recursos para os outros, “[...] quer dizer, o pessoal nem sabia o que estava assinando [...] (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

O chamamento público visava à formalização de relações já existentes sem a pretensão de implantar transformações. O chamado processo de “contratualização” pretendeu instalar novas lógicas de operação no setor. “[...] o Ministério definiu que toda relação com os hospitais públicos e filantrópicos tinha que se dar não mais só pelo pagamento da produção [...] mas também por avaliação do desempenho através dos indicadores de qualidade e aí propôs esse processo de contratualização” (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

Na verdade, o Ministério da Saúde, quando lançou esse programa, ele já vinha obtendo frutos do insucesso de uma portaria de 1993 [...] o grande desejo do Ministério da Saúde era realmente formalizar, do ponto de vista jurídico-contratual, a relação com os hospitais. Mas, apesar de toda a normatização da época em que foi feita, através da Portaria n. 1.286, infelizmente esse intento não foi alcançado, até porque nós estávamos também no início da construção do Sistema Único de Saúde (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

As condições para integrar os prestadores privados pareciam melhores na metade da década de 2000. Os municípios que assumiram a gestão semiplena na década de 90 já estariam suficientemente preparados para assumir esta tarefa. Tendo desenvolvido capacidades em virtude da experiência como executores das políticas do MS.

[...] agora, houve uma modificação bastante importante que está ocorrendo no setor, que eu também não sei o rumo que ela vai tomar, que é o governo federal elaborou um processo que ele chama de contratualização [...]. E aí o município vai repassar uma verba para o hospital, que vai ter que gerir aquela verba, e aí não vai ter mais tabela de médico, [...] quem vai construir a remuneração do médico vai ser o hospital, isso vai ser uma revolução [...], como é que isso vai ocorrer? Eu também não sei (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

O processo de contratualização tem início com os hospitais universitários em 2003, a Portaria Ministerial que institui o programa para os filantrópicos foi editada em 2005. “[...] esse programa nada mais é [do que] aperfeiçoar os vínculos com os hospitais do ponto de vista jurídico” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008). “Isso obedece a uma normativa do Ministério da Saúde, que é o que se chama de contratualização, que, na realidade [...] é um uma nova forma de pagamento dos hospitais, que foge um pouco do pagamento por procedimento pra pagar uma carteira de serviços, dando um valor global [...]” (GESTOR PÚBLICO BH 1, 2008).

De acordo com os Gestores Privados BH 4 e 9 a formulação do programa foi centralizada sendo a participação dos hospitais bastante restrita.

[a contratualização] [...] não teve uma participação muito efetiva da sociedade. A primeira fase dela foi extremamente fechada, [...] houve, talvez, uma participação relativamente efetiva por parte da CMB, que é Confederação dos Misericordiosos do Brasil. Não que eles não sejam aptos, muito pelo contrário, [...], mas mesmo o contato com eles foi bastante limitado e restrito. Então não houve uma discussão, quando nós tomamos conhecimento, já existia uma formulação; nós fomos a Brasília pra conhecer essa formulação [...] (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008).

[...] no nível do hospital, a notícia sempre é através de clipe ou através de um comunicado, nada de reuniões pra consolidar essa situação. A notícia que eu tenho foi feita através da CONASEMS, que é o Conselho de Secretários Municipais de Saúde e o CONASS, que é dos Secretários Estaduais de Saúde, [...] (GESTOR PRIVADO BH 4, 2008).

A questão da participação restrita no processo de formulação da política é tida pelos prestadores como um dos motivos das diversas divergências e dificuldades no processo de implementação. Tanto é que a implementação em Belo Horizonte se concretizou apenas em 2007. Conforme expõe o Gestor Privado BH 9,

[...] na primeira fase [da contratualização em 2005] ela quase que foi abortada [...]. [...] ela começou com um projeto, porém [com] muitos pontos extremamente negativos. E [...] a União também não estava preparada pra alguns questionamentos. [...] além do caixa [que] também não estava devidamente preparado. E, no outro ano, 2006, não se fez nada, só em 2007 ela foi evidenciada novamente. Os próprios estados não estavam preparados ainda pra assumir os ônus que a contratualização traria pra eles também, e a própria infra-estrutura que eles teriam que formar (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008).

Em 2008 a Federação das Santas Casas de Misericórdia de Minas Gerais elaborou um encontro com vistas a discutir as portarias e o programa de contratualização. Para os prestadores não estavam claras as determinações das portarias o que gerava insegurança, embora isso não fosse suficiente para impedir o desenvolvimento do programa, visto que foi possível verificar que muitas instituições haviam feito os contratos com os gestores receosos de perder a demanda.

Uma das queixas dos prestadores é de que as informações sobre o programa foram apresentadas “aos poucos”. Cada portaria trazia uma “novidade” a qual deveria ser atendida num período considerado curto. As regras eram modificadas enquanto os prestadores estavam assinando os contratos. Fato semelhante com o descrito pelo Gestor Privado BH 2 sobre a prática do INAMPS de mudar as regras das relações após efetivação dos contratos, transparecendo que os contratos não eram importantes, reais, ou que poderiam não ser cumpridos por parte do gestor público. “[...] os contratos que ainda hoje são feitos no SUS são exatamente com essas características. [...]. Você faz um contrato e depois edita uma portaria que modifica o contrato [...] (GESTOR PRIVADO BH 2, 2008).

A Portaria Ministerial n. 1721 regulamentou o programa de contratualização para os hospitais filantrópicos. O texto que a inicia justifica sua formulação expondo a “crise do setor hospitalar” no Brasil. “[A Portaria n. 1721] reconhece a dificuldade dos hospitais. Eu considero que foi uma das melhores manobras do ponto de vista político para que se conseguisse fazer, de uma vez por todas, que os vínculos contratuais como instituições hospitalares fossem formalizados” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

[...] pelo menos o Ministério da Saúde não atribuiu [a crise] apenas à gestão das instituições. Pelo contrário, ele deixa bem claro que a crise dos hospitais é em função da política de financiamento, do perfil assistencial, [...]. Não só da gestão de dentro de um hospital, mas da gestão como um todo do Sistema Único de Saúde. [...] isso é extremamente importante, do ponto de vista jurídico, porque você tem um programa com esse fundamento por ato normativo, que era um programa para tentar melhorar a situação financeira dos hospitais e não pode se reverter contra a própria instituição, tendo como base da sua premissa essa motivação [...] (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

Os prestadores pareceram bastante receptivos a argumentação do Ministério da Saúde, pois havia um entendimento de que os gestores públicos os responsabilizavam pelas agruras do sistema. Tal percepção poderia ser um entrave ao um programa que tentaria modificar significativamente a administração daquelas instituições. Assim, a superação da crise do sistema hospitalar é tarefa que deve ser cooperada, já que é consequência do comportamento de todos os atores. Para promover a adesão o MS se utilizou desta estratégia discursiva somada, obviamente, a incentivos financeiros.

Na mesma Portaria “há uma breve menção sobre uma nova fórmula de financiamento, que é a orçamentação mista” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008). Além disso, previa a constituição de um Grupo de Trabalho pelo MS cujo objetivo seria “regulamentar o processo de contratualização e do modelo de financiamento apontado. Só isso [...]. Não havia nenhuma previsão [...]. Como que isso iria acontecer? Qual seria a meta qualitativa? Nada disso!” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

Contudo o informante relata que a Portaria deixava clara a intenção do gestor público de “[...] aglomerar todos os recursos financeiros recebidos pelo hospital [...]. Ou seja, trazer uma transparência

para que tudo o que o hospital recebesse viesse discriminado dentro daquele contrato” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008). Isto porque o MS trabalhava com uma série de incentivos financeiros repassados para os hospitais os quais seriam incorporados no contrato conformando um valor total para o pagamento. O que de fato gera mais clareza na gestão dos serviços prestados pelo setor privado. Inclusive para o próprio hospital que pode gerenciar seus recursos de uma forma global sabendo o valor total e o período em que receberá, propiciando uma melhor administração financeira.

Percebe-se que a lógica do MS era racionalizar o repasse de recursos, para tanto estava utilizando uma estratégia: centralização. Da mesma forma que propôs centralizar os recursos que o hospital recebia em um único contrato e responsabilizá-lo por todos os recursos necessários para a prestação dos serviços (médicos, SADT¹⁷s, etc) estabeleceu que todos os recursos referentes ao pagamentos passariam a ser geridos pelos municípios (em gestão semiplena). O Gestor Privado BH 3 descreve a situação.

[...] para mim [...] outra atuação do ponto de vista de passar o problema adiante foi essa do Ministério da Saúde de incorporar os limites que os hospitais recebiam [aos recursos repassados aos estados e municípios]. [...], por exemplo, o IVH-E¹⁸, era processado e repassado diretamente pelo Fundo Nacional [de Saúde] ao hospital. Ou seja, o recurso não transitava, [...] não era do município, já era do hospital [...]. [...] E com essa mudança aparentemente simples, [...], na medida em que o hospital adere à contratualização, esse recurso [...] financeiro estará [com o] município (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

Verifica-se que até então as relações dos prestadores privados ainda eram prioritariamente com o MS, já que os recursos eram repassados diretamente, os gestores locais não detinham de fato as condições para gerir o Sistema. Percebe-se que algumas práticas são mais resilientes que outras perpassando a mudança institucional e reproduzindo-se no arranjo posterior.

¹⁷ Serviço de apoio ao diagnóstico e tratamento.

¹⁸ Índice de valorização hospitalar de emergência.

À medida que o hospital adere ao programa aceita a inserção de um intermediário no repasse de recursos e uma série de exigências relativas à gestão organizacional. O município por sua vez, passa a ser de fato o gestor da rede privada em seu território, ampliando sua intervenção no sistema.

Mesmo diante das inseguranças o Gestor Privado BH 3 narra que quando o MS edita a Portaria 635 de novembro de 2005, que foi considerada mais detalhada e “[...] demonstra realmente os rumos do programa [...]”, os “ hospitais já estavam todos aderindo!” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008). A “mudança radical” trazida por esta portaria foi “[...] o detalhamento do pagamento por orçamento global e misto. Por que misto? Uma parte é fixa e outra parte é variável. O fixo ligado às metas físicas [de produção] e o variável ligado às metas de qualidade” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

Em seguida,

nós temos a portaria [n.] 3123. Até então ninguém tinha falado de desconto proporcional, descumprimento de metas físicas, que ia descontar ou por que. Como é que ia ser essa operacionalização? Como seriam essas penalizações? [...] ela veio com muita informação, já numa fase final [quando] todos já estavam envolvidos formalizando os contratos (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

A Portaria 3123 além de estabelecer as punições para o não cumprimento das metas pactuadas também determinou o prazo de um ano, a contar da assinatura do contrato, para a transição do modelo de pagamento por produção para o modelo de pagamento por orçamentação global. “[...] como se fosse normal! [...] Pronto e acabou! [...]. Nós trabalhamos já há tanto tempo com pagamento de produção, vamos estabelecer o prazo de um ano para que, dentro de um ano, o hospital punha [tudo em ordem]?!” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

O modelo de pagamento estabelecido pelo programa de contratualização chamado de “orçamentação global” pretende modificar os pagamentos por produção, o qual, como vimos, em virtude da conformação da tabela SUS, acaba por incentivar a produção de procedimentos mais complexos. A proposta da orçamentação global particiona o financiamento dos serviços: a alta complexidade seria

ainda paga por produção e a média complexidade seria paga com base em uma série histórica, ou seja, um “pacote”. Contudo, o recebimento dos valores estaria vinculado ao cumprimento de metas estabelecidas no contrato.

[...] É lógico que nós temos que esquecer que um dia recebemos por produção na média complexidade. Essa lógica mudou de forma radical. E, dentro dessa mudança, o que o Ministério da Saúde fez? [...] do ponto de vista legal [...] ela [Portaria 3123] viola a lei 8666 [de Licitações] porque ela estabeleceu percentuais. Se eu cumpro de 95 a 105, eu recebo 100% do orçamento fixo. Se eu cumpro de 81 a 94, já vou receber 80%. Então quer dizer, para quem cumpriu, por exemplo, 95, recebeu 100%; o que cumpriu 93, já recebeu 80% do orçamento fixo. [...]. Um dos grandes desafios é acabar de uma vez por todas com esse tipo de penalização (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

O representante dos prestadores demonstra bastante insegurança sobre os rumos do processo. “[...] hoje apesar de não estar mais no início, eu acredito que é um processo de construção que gera dúvidas o tempo todo” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

A estratégia dos prestadores foi de atuar dentro da normatização. “Então nem tentar derrubar a Portaria, [mas] revertê-la. Vamos pegar a própria portaria, vamos tentar trabalhar em cima dela” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008). Tal comportamento se deve ao aprendizado com derrotas anteriores, como no caso da oposição à municipalização e ao processo de credenciamento, iniciado com o chamamento público.

A posteriori os gestores privados construíram uma racionalização para justificar a adesão ao processo.

[...] Buscávamos fundamentos do ponto de vista jurídico e tínhamos uma grande fragilidade. [...]. Agora não! Agora todas as alterações que impactam, como, por exemplo, a tabela de [...] procedimentos, precisam sim ser discutidas. [...] [se ocorrer] uma mudança unilateral [...] [que] repercutiu [no] contrato? Então vamos discutir equilíbrio econômico e financeiro (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

O instrumento estabelecido pelo programa para provocar as relações e formalizar a prestação de serviços foi o contrato. Para os gestores municipais, responsáveis pela implementação do programa, “[...] o contrato é um grande instrumento que, além de eu acompanhar a meta física de produção deles,

eu começo a olhar indicadores e 10 a 15% do dinheiro que eles recebem [estará atrelado ao cumprimento] desses indicadores [...]” (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

Os prestadores percebem o contrato como “[...] um risco! Ele é unilateral de fato!” (GESTOR PRIVADO BH 2, 2008). Contudo, verificam que mesmo com os problemas que vêm o estabelecimento de um contrato melhora sua situação institucional se comparado à situação pretérita na qual a “habitualidade” (GESTOR PRIVADO BH 5, 2008) da prestação de serviços não lhes dava garantias. O Gestor Privado BH 3 (2008) relata que as tentativas de “reivindicar na justiça a correção monetária dos valores cobrados do usuário” eram frutadas na medida em que não havia contratos especificando os compromissos acordados. “E o tribunal em várias decisões, disse o seguinte: ‘não, vocês não podem reivindicar as garantias que estão na lei, na medida em que não há contato regular, não há contrato formal’” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

Os contratos acabam por formar mais uma arena de discussão entre os gestores públicos e os prestadores, acabando por provocar uma maior aproximação entre os atores. O Gestor Público BH 3 (2008) comenta sobre esse processo “melhorou o nosso conhecimento das dificuldades reais do hospital”.

Na negociação do contrato pode-se observar alguns dos pontos mais conflituosos. Uma das questões se refere a modificações na relação dos hospitais com as empresas e profissionais que prestam serviços. Tradicionalmente os hospitais operavam basicamente nas atividades de fornecimento de infra-estrutura para o trabalho médico e muitas vezes terceirizando os serviços de apoio e diagnóstico. “Então hoje o governo contrata o hospital, o médico não é empregado do hospital, o laboratório é terceirizado, enfim, há uma complexidade muito grande” (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

A questão do vínculo empregatício com os médicos é algo que preocupa os prestadores. “Ele [o médico] é uma estrutura totalmente autônoma e com regras independentes. [...]. Quer dizer, o médico trabalha num hospital do qual ele não é dono, nem é sócio, nem empregado. Como é que resolve isso? [...]” (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

Com a contratualização “[...] o governo não quer mais ter um contrato com um hospital, um contrato com o médico, um contrato com o laboratório. Ele quer ter um contrato com o hospital [...], quem vai contratar médicos é o hospital [...], quer dizer, o governo te dá o dinheiro e te cobra resultado [...]” (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008). Isso acarreta uma significativa modificação nas atividades internas e administrativas dos prestadores, pois implica estabelecer metas para profissionais e prestadores de serviços que não estão sob gestão do hospital, mas como informa o jargão administrativo, são “parceiros”. Envolve a gestão da equipe médica, tradicionalmente autônoma na área. “Eu acho que a regra até é muito boa [...] o hospital é a única estrutura que o produto final dela, que é o tratamento médico, [é produzido por um] profissional não é empregado do hospital” (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

Os gestores públicos perceberam na implementação da política uma oportunidade para desenvolver o controle e gestão dos serviços prestados pelo setor privado. O Gestor Público BH 7 informa que o contrato se converteu numa oportunidade para fazer exigências e catalisar ações de interesse da SMS.

[...] esse contrato, a gente já sabe que, em alguns municípios, ele está sendo super burocrático [...]. E aqui [...] a gente aproveita todos os momentos. Então, por exemplo, o que nós colocamos no contrato enquanto indicador para conseguir avançar mais? Nós pegamos uma política de humanização, escolhemos duas estratégias que considerávamos mais importantes, que seria a visita ampliada de 4 horas para o público poder estar dentro do hospital e a questão do conselho de usuários. [...] (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

No processo de negociação do contrato devem ser pactuados metas e indicadores de produção. A lógica da tabela do SUS permanece, procedimentos mais complexos são mais bem remunerados, contudo os gestores públicos informam que as maiores necessidades não estão nestas áreas. Assim,

durante a negociação procuram equilibrar os interesses da SMS e os dos prestadores, mesclando suas necessidades com os procedimentos que irão trazer melhores retornos financeiros. Com isso, utilizam uma restrição institucional, para a qual não se tem propostas difundidas de modificação, como insumo para a estratégia de negociação. Sabendo que a manipulação dessa característica do arranjo da política de saúde pode induzir o comportamento dos agentes. Nesse caso, um aspecto resiliente da política é manuseado de forma a permitir uma mudança.

[...] eu discuto como é que vai ser a produção, [...] dou uma forçada naquilo que é demanda ou insuficiência do sistema. Então, por exemplo, alguns exames, eu falo: olha, está bom, você está me oferecendo isso, mas eu quero mais do que isso. [...]. O leito, eu tenho problema de clínica médica e de CTI na cidade [...]. E aí eu chego com essa demanda [...]. [eles dizem] ‘ah, mas o SUS paga pouco’. Tudo bem, mas eu estou te dando oncologia, a alta complexidade [...]. Ou, então, às vezes a gente até paga [de forma] diferenciada alguns exames. A gente fala assim: ‘se você topa fazer e eu vou te pagar um tanto a mais’ [...] (GESTOR PÚBLICO BH 8, 2008).

A escassez da oferta de certas especialidades médicas e procedimentos deriva da racionalidade incentivada pela estrutura da tabela de pagamentos. Nas negociações os gestores públicos tentavam compensar essa deficiência por meio de trocas, utilizando a lógica da tabela para atender suas necessidades de assistência. “[...] houve situações de gestor solicitando de você algumas demandas que eles têm o processo hoje praticamente reprimido. Ou seja, ele tem situação de algumas carências nas quais ele quis [...] literalmente, barganhar, uma vez que estávamos recebendo o incentivo [...]” (GESTOR PRIVADO BH 4, 2008).

Como foi visto em capítulo específico, as portarias delimitam a formulação do contrato e os gestores públicos se mostraram bastante dispostos a executar a política formulada pelo Ministério. O *enforcement* derivado de ser uma política “do Ministério” a qual ao município caberia a implementação foi uma justificativa recorrente entre os gestores para fazer valer suas posições nas negociações dos contratos. O MS além de deter um papel central no SUS, ainda estava bastante presente nas relações com os prestadores, o discurso remetia a esse protagonismo, o gestor municipal utilizava essa

característica da política de saúde como recurso de poder para legitimar sua ação. Tal estratégia foi bem sucedida.

A fala do Gestor Privado BH 3 (2008) explicita a dependência dos prestadores em relação ao sistema público. Esse dado é fonte de diversas possibilidades de intervenção na realidade. “Acho que é extremamente importante frisar isso aqui porque os hospitais aderiram ao programa sem ter noção realmente do que viria pela frente. Aceitaram participar de um contrato de [...], um instrumento [...], sem conhecer a forma desse contrato” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

A negociação dos termos do contrato é feito com cada hospital individualmente, o que amplia os recursos de poder do gestor municipal. Segundo o Gestor Privado BH 9 (2008) “[...] muitos posicionamentos foram colocados de forma taxativa, sem permitir um questionamento, uma adequação, um ajuste, determinadas ponderações por parte dos hospitais; isso, inclusive, acontece atualmente na renovação [do contrato]”.

Contudo, o Gestor Privado BH 4 (2008) considera que a implementação do programa por Portarias padroniza a atuação das organizações. “Eu acho que ainda a contratualização [...] tem um processo que eu considero grave. Ela coloca todo mundo no primeiro momento numa mesma linha, como se todos fôssemos iguais”. O gestor se refere ao papel dos prestadores no sistema. Enfatiza que em virtude da tabela de procedimentos remunerar melhor a alta complexidade,

[existem] hospitais que oferecem alta [complexidade] e pouquinha da média complexidade. Porque a alta [complexidade] hoje [...] tem um valor extremamente significativo. Então a contratualização não tem nenhum peso pra esse pessoal, porque eles fazem a alta [complexidade] [que] é um valor atraente [...] e a média [complexidade] ele não quer [...] (GESTOR PRIVADO BH 4, 2008).

Esta situação expressa a disputa pelos procedimentos. A preocupação do Gestor Privado BH 4 é com a distribuição desigual dos procedimentos de alta complexidade, deixando muitas vezes de

beneficiar os hospitais “[que são] realmente parceiros do SUS”, aqueles que produzem os procedimentos de média complexidade.

A mesma preocupação é partilhada pelo Gestor Privado BH 6 (2008) que defende a utilização de critérios qualitativos para a distribuição dos procedimentos entre os hospitais. “[...] um hospital que consegue operar, dar resultado, infectar pouco, dar alta rápido [...] e o cara ficar bom, ele tem que receber mais que um hospital que opera mal, trata mal, demora para dar alta, o cara sai pior [...]. Essa lógica tem que prevalecer, não interessa se você faz média, baixa complexidade ou alta complexidade”.

A preocupação dos prestadores aponta para relevância do tema em suas agendas. Conformando-se em uma ferramenta de excelente potencial para ser utilizada nas negociações.

No processo de discussão dos contratos, o Gestor Privado BH 9 (2008) salienta que algumas questões não são passíveis de negociação. Um dos postos mais citados foi o do percentual de 80% de ocupação dos leitos para pacientes do SUS exigido pela SMS, sendo que a legislação da filantropia estabelece 60%. “[...] [é] uma situação que, por mais desgaste que ela traga, ela não tem sido ponto passível de negociação [...]”. Para o informante em virtude das limitações da tabela SUS, essa exigência prejudica a prática de utilizar os leitos remanescentes para os clientes de planos de saúde.

Por mais que ocorreram mudanças de tabelas [...], nos últimos tempos, os valores ainda são irrisórios, então os hospitais filantrópicos às vezes acabam tendo uma válvula de escape, que é através dos planos de saúde [...]. E a contratualização, em Belo Horizonte, ela está exigindo oitenta por cento dos leitos, vinte por cento a mais, e os hospitais têm que assumir, isso é uma situação não negociável, e acaba prejudicando. Você abre mão de uma determinada receita, pra poder atender o SUS e a contratualização [...] (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008).

A questão do financiamento é sempre o pano de fundo das discussões, o gestor público demonstrou ter desenvolvido uma estratégia para utilizar estes estrangulamentos em seu favor nas negociações. Já os prestadores, a despeito das tentativas bem sucedidas de algumas corporações da área para reajustar os valores de seus serviços, não conseguiram mobilizar ação coletiva no início do processo para

discutir os reajustes que consideravam necessários, acabaram levando a questão para as discussões dos contratos e, parece, estão bastante dependentes das ações do gestor municipal.

Um representante dos prestadores informa que várias ações judiciais foram impetradas “contra a contratualização” pela Associação de Hospitais de Minas Gerais. Entendem que as “imposições” não são acompanhadas de recursos financeiros necessários para satisfazê-las. O Gestor Privado BH 1 (2008) enfatiza que os hospitais aceitaram os termos pois não poderiam prescindir dos recursos públicos, mas muitas vezes estariam pactuando situações que não sabiam se poderiam atingir. A via judicial foi a saída escolhida em virtude da constatação de que

[...] o governo [...] não senta numa mesa para negociar, ele cria regras e quer impô-las [...]. Então essa imposição, hoje, o prestador de serviço, ele está começando a reagir [...] por entender que não adianta eu concordar em fazer uma coisa que eu não consigo fazer [...] e, depois, eu vou pagar por ela (GESTOR PRIVADO BH 1, 2008).

Outra questão que gerou controvérsias foi referente à base para o cálculo da média de produção para estabelecer os “pacotes” da média complexidade. Na nova modalidade de pagamento proposta pelo programa, a alta complexidade seria paga ainda por produção e a média seria paga em um valor global de acordo com uma série histórica, com base em 2004. “A negociação não é uma coisa simples, [...] a portaria [informa] que a média calculada é a de 2004. [Mas] a maioria dos hospitais foram contratualizados em 2007 [...]. Então já se passavam três anos em que muda todo o mercado [...]” (GESTOR PRIVADO BH 4, 2008).

Além disso, há a questão da qualidade das informações na qual foram baseados aos cálculos das séries históricas. Tais dados eram fornecidos pelos próprios hospitais por meio das AIHs, os prestadores informaram que os dados não eram de boa qualidade, que não espelhavam a realidade da prestação de serviços. Sendo isso verdade, seriam prejudicados nas negociações, prisioneiros de suas práticas. Isso gerou um entendimento de que as gestões dos hospitais necessitavam se profissionalizar, gerar informações confiáveis para embasar as cobranças.

A primeira base de dados veio pelo próprio Ministério da Saúde, com base numa série histórica que os hospitais vêm praticando, e isso foi transferido pra prática atual. [...]. Então era uma série histórica até certo ponto questionável, como muitos hospitais talvez até hoje ainda não tenham uma série histórica devidamente apurada, eles também não tinham base pra rebater a informação que o Ministério da Saúde tinha e ponto [...] então os hospitais estão sendo penalizados por uma falta de atenção, por uma falta de qualificação na informação [...] (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008).

Dessa forma, a implementação se deu, muitas vezes, com base em dados não confiáveis sobre a produção de serviços e os custos referentes. Embora fossem detectados os problemas, sua resolução não seria imediata, o que levou a diversas dificuldades. No que se refere mesmo ao cumprimento do contrato e a relação com o gestor municipal, o Gestor Privado BH 6 (2008) relata sua experiência. Uma das modificações decorrentes da forma de remuneração por orçamentação global foi a extinção dos limites para internação, “nós começamos a internar na medida em que [a SMS] mandava”. Com isso, “a nossa produção cresceu, extrapolou a média histórica e nós começamos a receber do contrato global menos que a gente recebia por faturamento [produção]”. Diante desta constatação o prestador passou a desconsiderar os compromissos pactuados no contrato e a cobrar do gestor público os serviços prestados, de acordo com a antiga modalidade de produção. “Nós chegamos numa certa altura que os nossos diretores aqui do SUS e da área financeira pararam de receber pelo contrato global. Começaram a emitir fatura, porque a nossa fatura estava maior do que o contrato global”. Esse episódio exemplifica a questão das dificuldades dos processos de mudança, da profissionalização deficiente do setor saúde e dos problemas decorrentes de formulação centralizada. “[quando] você começa, [...] detecta as distorções, corrige distorção por distorção, [...] nós pagamos um preço por isso”.

Outra situação referente aos prejuízos que os hospitais sofreram em virtude de deficiências na geração de informações é contado pelo Gestor Privado BH 9 (2008). “Outra situação que a contratualização criou [foi a definição] de o que é um público usuário do Sistema Único de Saúde [e] o que é um público oriundo dos convênios e planos de saúde”. Tal diferenciação é necessária para que os pagamentos sejam feitos de acordo com a devida utilização dos serviços e para que os dados utilizados

na definição de indicadores e construção de metas expressem o perfil assistencial dos usuários do SUS.

Contudo,

[a] [...] informação do sistema de informática, ela não divide isso, ela é geral, soma tudo. Só que, [...] a estatística [...] gerada por paciente pagante ela não tem nada a ver com a estatística do SUS, o que acaba fundindo, então você vai ter outro assunto que está bastante em destaque hoje, que é a porcentagem de cesárias, muitos hospitais, às vezes, tem alguma penalização, porque estão fundindo as duas informações e, na parte de convênio o número de cesáreas é muito maior (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008).

O Gestor Público BH 1 (2008) relaciona as dificuldades de implementação do programa a três questões. Primeiro, “[...] um bom contrato precisa de um bom ambiente [...] que o SUS não tem, porque contrato é uma coisa que precisa ser parceiro. [No SUS] não há espírito de parceria, há espírito hierárquico [...]”. Segundo, “[...] o ambiente do contrato é ruim, porque o SUS paga abaixo do custo muitas coisas [...]”. Terceiro, “[...] os indicadores não são os melhores [...]. Ainda se paga [por] carteira de procedimentos [...]. Pagamento de procedimento é a coisa mais atrasada que tem na saúde”. O informante considera que as práticas instituídas dificultam o desenvolvimento dos novos processos, contudo não leva em conta o potencial de transformação deste mesmo arcabouço. Pelo contrário, acredita que as deficiências preexistentes impediriam os municípios de implementar efetivamente o programa. “[...] os municípios não têm capacidade de monitoramento [...] não me consta que algum hospital tenha deixado de receber por não cumprir as metas [...] e com certeza muitos não cumpriram [...]” (GESTOR PÚBLICO BH 1, 2008)

Porque é assim, existe contrato, mas não existe contratualização, porque a mais importante do contrato é o monitoramento.[...] é o que o Ministério [da Saúde] sempre faz; ele faz as coisas, mas vira um ritual, uma liturgia, que não tem consequência, porque você não tem uma capacidade de monitoramento nem das secretarias estaduais nem das secretarias municipais (GESTOR PÚBLICO BH 1, 2008).

Assume-se aqui que o contrato conformou-se numa arena de discussão e o mais significativo, uma situação de inter-relação, de negociação, na qual os atores necessitam minimamente se apropriar da complexidade do funcionamento do outro. Nesse sentido, o Gestor Privado BH 6 (2008) salienta que “[o] contrato prevê metas de desempenho, prevê uma série de coisas e era um instrumento mais maduro

de relação [...] com o Sistema Único de Saúde em relação ao que existia antes, que era simplesmente uma tabela”.

Tal mudança para os Gestores Públicos BH 7 e 8 é fruto de um processo que vem se desenvolvendo desde a descentralização do sistema e que passa pela apropriação e prática do que chamam “ser gestor”. Significa a capacidade de impor suas determinações, relaciona-se com a construção de uma capacidade institucional que está muito ligada a características dos atores que podem (ou não) serem capazes de estabelecer e fazer cumprir as normas.

[...] e o que [nos] diferencia? É essa firmeza e jogar duro mesmo, às vezes [...] querendo matar o prestador ou ele querendo nos matar, mas ficamos firmes, não tem aquele negócio de [buscar apoio do] secretário e o secretário voltar atrás [nos deixando na mão para agradar o prestador]. Bom, e isso só se constrói com o tempo [...] (GESTOR PÚBLICO BH 8, 2008).

A capacidade de gestão se expressa no acompanhamento dos contratos e aplicação das “punições” quando necessário. O Gestor Público BH 7 (2008) informa que a SMS monitora o cumprimento dos contratos “trimestralmente por indicadores de qualidade e mensalmente pelas metas físicas de produção”. E considera uma significativa modificação nos recursos de poder dos dois atores o fato de que “pela primeira vez nós estamos tirando dinheiro de hospitais que não cumprem com o pactuado, o que [...] é uma coisa inédita”. Mais do que promover a segurança e a estabilidade das dinâmicas institucionais, no caso da implementação do programa de contratualização, as regras formais operaram como ferramentas de mudança e a postura de fazer cumpri-las demonstrou que o gestor público poderia se valer delas para consolidar a posição central que lhe garantiu o desenho do sistema de saúde. “E a gente não conseguia fazer [modificar o montante de recursos alocados aos prestadores], e agora com esse processo de contratualização, nós fomos nos armando de instrumentos e falamos: nós vamos tirar, nós vamos tirar. E tiramos agora” (GESTOR PÚBLICO BH 8, 2008).

O acompanhamento dos serviços prestados pelo setor privado é feito basicamente de duas formas, por meio da supervisão hospitalar, preocupada, principalmente, com as internações fazendo um serviço

que se assemelha a uma auditoria, e por meio do gestor do contrato. Este foi criado especificamente para acompanhar o cumprimento dos contratos estabelecidos sob o programa de contratualização. “[...] então a gente criou um gestor de contrato, que é um médico, que acompanha [...] esses grandes hospitais, [...], que têm contratos específicos, [...] [ele] faz a interlocução da Secretaria [de Saúde] com esse hospital” (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008). De acordo com os Gestores Públicos BH 7 e 8 este profissional além de acompanhar a *performance* do prestador preocupa-se com o funcionamento dos serviços e com a gestão da instituição, procurando entender as dificuldades para o cumprimento das metas e muitas vezes colaborando no desenvolvimento de soluções. “[a função do gestor do contrato é] dar conta desse contrato, acompanhar esse contrato. E fazer os ajustes, se cumpriu ou não o seu indicador, se está bem aferido, se precisa ser revisto, se a meta precisa ser revista [...]” (GESTOR PÚBLICO BH 8, 2008).

Para desempenhar esta função o gestor do contrato acaba por participar da gestão do hospital e auxiliar na resolução de problemas decorrentes da necessidade de fazer adequações para cumprir os contratos.

[...] um exemplo claro, [...] eu tenho uma meta de produção de cirurgia. E eu estou com um problema gravíssimo há cinco dias com uma autoclave que quebrou. Eu tenho que substituir essa autoclave [...]. Então, eu vou reduzir a produção cirúrgica em torno de dez a vinte por cento no mês. Eu comuniquei ao gestor [do contrato], expliquei essa situação e tudo é extremamente tranquilo [...]. Existe um gestor do contrato pra cada hospital [...] eu acho que é um facilitador ter um gestor de contrato que visita o hospital, [...] que sabe da minha realidade, que anda comigo dentro do hospital. Então ele vivencia muito bem o dia a dia, ou seja, não há margem pra mentira, isso que eu acho fundamental, há margem realmente pra construção de um resultado benéfico ao usuário (GESTOR PRIVADO BH 4, 2008).

O gestor do contrato de fato é visto como um elemento importante na relação com a SMS. O Gestor Privado BH 9 (2008) quando se refere ao processo de avaliação do contrato informa que embora existam questões nas quais o gestor municipal é muito rígido, como na meta referente à taxa de ocupação, também existem “[...]alguns pontos de flexibilidade, talvez mais por parte da equipe que visita o hospital [...] Eu diria em relação ao visitador que vai ao hospital, você consegue um diálogo

maior do que [com a] [...] secretaria [...]”. Com o gestor do contrato o prestador consegue negociar questões intermediárias e que facilitam a transição para o modelo em implantação. Tal confiança deriva da proximidade estabelecida, necessária para se fazer concretizar as metas que, muitas vezes, são definidas com base em dados não muito confiáveis.

Nesse contexto, os prestadores informam que a relação do hospital com o gestor acaba se tornando “[...] relativamente tranqüila, ela vai depender da [...] evolução das metas que foram pactuadas” (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008). O que implica uma “cobrança mais enérgica” do cumprimento do contrato. “[...] nós temos uma gestão [pública municipal] muito plena e muito forte e, querendo ou não, a gestão acompanha encima esse contrato [...] brigando positivamente [...]” (GESTOR PRIVADO BH 4, 2008).

Além dos gestores de contrato que são iniciativa da SMS, a Portaria Ministerial n. 3.123 prevê a criação de comissões de acompanhamento com a responsabilidade de controlar os contratos. A comissão deve ser formada por representantes do hospital e da Secretaria. “[...] cada município [e cada hospital] tem a sua [comissão] [que permite] uma participação maior do hospital perante o projeto, mas tem pontos que não são discutíveis, acaba que a comissão fica muito [...] sem ação” (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008). “A comissão de acompanhamento funciona [...] extremamente tranqüila [...]. Ela é fundamental para todo o processo, ou seja, quando está bem, você tem que bater na comissão de acompanhamento; quando está ruim, é a comissão de acompanhamento que define” [...] (GESTOR PRIVADO BH 4, 2008).

Os gestores públicos no processo de construir uma “gestão forte” assumiram a implementação do programa como uma ferramenta para a formatação das relações com os prestadores privados. Sabiam que a imposição das novas regras exigia o controle e a presença da gestão municipal junto aos

hospitais. Os Gestores Públicos BH 7 e 8 informam que no início do processo, na sua percepção, os prestadores acreditavam que o contrato seria mais um instrumento que “não pegaria.

[...] o primeiro contrato ambulatorial que nós fizemos [foi] com um grande prestador filantrópico [...], ele assumiu o nosso centro de especialidade, que a prefeitura já está naquele percentual máximo de contratação de pessoal [da lei de responsabilidade fiscal], então o que nós fizemos? [...] a gente fez um contrato com eles de que colocariam só [...] consultas especializadas [...] e exames especializados. E eles achavam que iam arrebentar e que a gente não iria controlar. Então era uma coisa que a gente falou: vamos controlar isso porque se não eles vão ganhar dinheiro sem estar ofertando. E não estão dando conta de ofertar quase nada (GESTOR PÚBLICO BH 7, 2008).

O resultado dessa postura, segundo o Gestor Privado BH 4 (2008) é que “[...] hoje [em] Belo Horizonte, a gente vive uma situação realmente de um profissionalismo entre o público e o filantrópico, ou seja, as discussões são [profissionais e educadas] [...]”. Opinião compartilhada pelo Gestor Privado BH 5.

Pois é, com a gente aqui, a relação é muita tranqüila, sabe? Um gestor que acompanha os trabalhos do hospital pelo menos uma vez por mês [...] Então ela é muito tranqüila, porque nós sabemos das dificuldades e dos problemas que envolvem a relação, [...]. E, dentro do possível, nós administramos isso de uma forma que seja boa para os dois lados [...] (GESTOR PRIVADO BH 5, 2008).

Os gestores públicos relatam que embora as negociações com o setor privado tenham tido seus pontos de impasse e conflito, o processo foi concluído. A maior dificuldade, segundo os informantes, foi em relação ao grupo hospitalar FHEMIG, sob gestão estadual.

[...] a gente fez todas as negociações, mas ficaram algumas pendências, aí nós fomos para a discussão com eles. Ok, a gente bancava, dava um volume a mais de recursos para eles, se eles abrissem no [hospital] Julia [Kubitschek] a ortopedia, se eles retornassem alguns médicos nossos [...], tinham 3 condicionantes. [O diretor da FHEMIG] achava que a gente não ia bancar isso. Aí a gente falou: ‘olha, eu não estou acreditando que vocês não vão assinar o contrato depois de tudo pronto’. [...]. O cara levantou [bravo e disse]: eu estou indo embora. [...]. Depois de 15 dias, ele viu: se eu não assinar isso, como é que eu vou ser o último grupo hospitalar do Brasil que não contratualiza com o gestor municipal? Ele voltou atrás e assumiu todos os condicionantes (GESTOR PÚBLICO BH 8, 2008).

Passada a fase inicial do processo de ajustamento às novas regras, momento no qual a resistência à mudança é manifesta, os gestores das organizações privadas mostraram significativa capacidade de adaptação. Num segundo momento o que se verifica é a ampliação da autonomia gerencial destes

prestadores. As regras referentes ao financiamento permitem maior flexibilidade na utilização dos recursos e a exigência do estabelecimento de metas obriga ao planejamento.

[...] hoje, eu não dependo muito mais do gestor, eu acho que Belo Horizonte já tem uma [...] gestão pública consolidada, que nós sabemos a sua linha [...] lógico que modifica principalmente [...] a cada mudança de gestão [...], mudando a gestão, mudam alguns pensamentos, não é? Porém a linha [do] SUS de Belo Horizonte já é existente e consolidada, nós já sabemos e nós já trabalhamos o que é o fundamental. [...] [hoje, através da contratualização] a melhoria de gestão depende muito mais da gente [...]. O processo hoje se torna interno, [...], o processo é de gestão, ou seja, cada hospital tem que cumprir [...] aquilo que foi pactuado [...] (GESTOR PRIVADO BH 4, 2008).

Diversos foram os efeitos do programa de contratualização para os prestadores privados. Primeiramente, considera-se importante destacar sua percepção quanto ao potencial de agregação dos momentos de dificuldades. “[...] os desafios são tantos dentro da lógica da contratualização. [...]. E eu não vejo outra solução senão uma atuação coordenada do setor [...]” (GESTOR PRIVADO BH 3, 2008).

Verificou-se que diante das incertezas do processo e do sentimento de impotência frente ao gestor público os prestadores buscaram esclarecimentos junto às organizações representativas. No caso dos filantrópicos a resposta foi dada por meio de eventos nos quais uma advogada contratada pela FEDERASSANTAS¹⁹ explicava o contexto normativo, as vantagens e desvantagens e representantes de hospitais que já haviam feito os contratos expunham suas experiências. Havia troca de experiências e questionamentos, na tentativa de esclarecer o programa e estabelecer uma conduta padrão.

[...] eu acho que a grande vantagem da contratualização é essa, ela criou uma organização no setor. Coisa que antes nós não tínhamos, [...], ou melhor, nem contrato existia, existia uma habitualidade no atendimento. [...] [a contratualização] tem as suas desvantagens, não resta dúvida, mas o ponto principal foi a organização que ela começou a criar nos hospitais (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008).

Outro efeito foi a necessidade de profissionalização e geração de informações confiáveis e de um sistema de custos.

¹⁹ Federação das Santas Casa de Misericórdia de Minas Gerais.

[...] leva um tempo até as coisas se sustentarem, [...] hoje [...] nós desenvolvemos uma metodologia [de aferição de custo] interna, que não tem mérito nenhum, podia ter sido comprada, mas nós estamos desenvolvendo internamente, [...], está muito maduro o nosso custo, hoje nós temos números muito maduros, hoje nós [consequimos] discutir custo, custeio e margem com a Secretaria Municipal (GESTOR PRIVADO BH 6, 2008).

A partir do momento em que os gestores necessitaram conhecer o processo produtivo dentro de suas instituições, novas necessidades se revelaram. O Gestor Privado BH 9 relata que o sistema de pagamento por orçamentação mista, na medida em que tem uma parcela “que é fixa de acordo com a produção e outra que é variável” vinculada ao cumprimento de indicadores de qualidade, introduz na gestão do hospital a preocupação “[com a] qualidade na assistência. [...] tanto assistencial quanto na conduta do procedimento em si, é visão de produção, visão de número, visão de estatística, que é exatamente o ponto que os hospitais não tinham como argumentar, porque eles não tinham essas informações” (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008).

Nesse sentido, o processo de ajustamento para capacitação da elaboração e cumprimento dos contratos incentivou o desenvolvimento de mecanismos de gestão no setor hospitalar. Mostrando a capacidade das instituições públicas de induzir o comportamento dos atores. Uma das consequências de exigências de qualidade na prestação de serviços foi a procura por enquadramento nos processos de certificação de qualidade, que na área hospitalar se chama “Acreditação”.

A contratualização veio trazendo algumas inovações. [...] hoje, se você for ver a área da saúde, nós temos uma frente de hospitais que se destacam que já estão inclusive acreditados, [...] e outros que agora estão despertando; nessa faixa do meio [entre] os hospitais de ponta e os de lanterna, nós temos uma gama muito pequena [...] que agora estão começando com esse processo de qualidade [...] (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008).

Outro efeito citado do programa de contratualização é de caráter político. De acordo com os informantes o desenho do programa minimiza a possibilidade de utilização política dos recursos destinados à compra de serviços dos hospitais, evitando punições ou privilégios derivados de posicionamentos partidários.

[...] antes de sair a contratualização [havia] muitas rixas políticas, [o] município brigava com a gestão do hospital ou vice-versa por conta de facção política. Isso ainda existe, mas [...] a contratualização, [...] obriga a ter uma aproximação maior. Antes, se você fosse do partido A, você não conversava com o B, só que o A estava na prefeitura e o B no hospital. Hoje, continua tendo o A e o B, mas obrigatoriamente eles têm que ter uma aproximação maior [...] (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008).

Na percepção do Gestor Privado BH 4, o contrato garante estabilidade frente às mudanças de governo.

[...] E eu acho que tudo e, principalmente em Belo Horizonte pós-contratualização, [a relação] se tornou cada vez mais madura [...], ou seja, nós conversamos encima de parâmetros, não encima de políticas, conforme o gestor. Hoje existe um contrato que eu posso falar: produzi por isso ou por aquilo, [...] eu tinha que cumprir essa meta, cumpri [...] (GESTOR PRIVADO BH 4, 2008).

Em Belo Horizonte a implantação do programa de contratualização foi posterior à de um programa estadual cujo desenho é bastante semelhante. Desde 2003 o governo do estado de Minas Gerais desenvolve um programa voltado à rede hospitalar pública e privada filantrópica chamado PRO-HOSP. Tal programa consiste no repasse de recursos financeiros mediante contrato de gestão no qual são pactuados indicadores e metas que vinculam o recebimento dos recursos os quais devem ser utilizados para investimento e custeio. Como se pode observar a estrutura do programa é muito semelhante ao programa de contratualização. A principal diferença, segundo o Gestor Público BH 1 (2008), é que seu objetivo não foi enquadrar práticas e relações já existentes, mas sim fornecer maior aporte de recursos aos hospitais públicos e filantrópicos do estado como forma de induzir uma conformação específica da rede de atenção à saúde.

[...] o PRO-HOSP é um programa estadual, [...] com recursos do tesouro do estado [...] que tem uma lógica muito mais sofisticada do que essa lógica do Ministério da Saúde [...]. Então [constatamos] em Minas [Gerais] [...] uma grave crise na atenção hospitalar [que] [...] tem várias dimensões. [Uma] [...] de subfinanciamento, que é a mais conhecida, mas não é o nosso viés mais importante. [...] e uma dimensão [muito séria] de perda de escala. Minas [Gerais] tem 590 hospitais, dos quais 60% não tem nem 50 leitos, [...] isso gera uma enorme ineficiência do setor [...], e esses hospitais pequenos, [...] internam questões sensíveis à atenção ambulatorial. Portanto eles são caríssimos e não servem pra nada do ponto de vista de atendimento agudo, que é o ponto principal. Tem uma dimensão forte de baixo nível gerencial. [Noventa por cento dos] hospitais [...] tinham uma coisa que nós chamamos de gestão incipiente. Ou seja, gestão inexistente; sem uma dimensão de qualidade, não havia programa de qualidade nos hospitais do SUS em Minas Gerais [...]. Então, em função disso, nós desenhamos o PRO-HOSP [...];[...] fizemos um estudo que mostrou que Minas [Gerais] não precisa de 590 hospitais, [...] precisa de

150[...]. Então, o PRO-HOSP já apóia 126 hospitais [...] ou micro regionais de atendimento de média complexidade ou macro regionais pro atendimento de alta complexidade. Então o objetivo é adensar tecnologicamente os hospitais. [...] Isto posto, em longo prazo, Minas [Gerais] teria uma rede hospitalar socialmente necessária [...] nós não apoiamos no PRO-HOSP nenhum pequeno hospital, só os grandes e os médios [...], porque são os hospitais que geram valor para a sociedade mineira [...] (GESTOR PÚBLICO BH 1, 2008).

O funcionamento do programa prevê o desenvolvimento da lógica contratual e da gestão por resultados. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) atua como intermediária quando os municípios estão em gestão semiplena, repassando os recursos para os Fundos Municipais de Saúde. No caso dos municípios que não se enquadram nesta categoria as negociações são feitas diretamente entre SES e hospitais. Os recursos repassados não são destinados para a compra de produção. “[...] mais ou menos 50% para investimento, 40% para custeio e 10% para melhoria de gestão” (GESTOR PÚBLICO BH 1, 2008). Ao repasse estão atreladas obrigações como o fornecimento de informações para o monitoramento do contrato e a participação dos administradores no curso de especialização em gestão hospitalar da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, cujo produto deve ser o plano diretor para o hospital. “[...] o PRO-HOSP é um recurso adicional que tem sido muito importante pros hospitais [...] porque ele entra numa área onde não tinha recurso para investimento e [...] melhoria de infra-estrutura física, prédios, lavanderia, cozinha etc” (GESTOR PÚBLICO BH 3, 2008).

[...] a crise do sistema de saúde no mundo inteiro hoje é uma crise do sistema de pagamento, quer dizer, não basta transferir pagamento por procedimento. Quando você paga por procedimento [...] induz o prestador a fazer mais serviços e serviços mais densos tecnologicamente, mais caros, mas que não correspondem [as necessidades da população] [...], por outro lado, desestimula aqueles prestadores que promovem a saúde e previnem doença [...]. Pagar procedimentos tal como se paga no Brasil [...] é a coisa mais atrasada. Então [nós] fazemos contratos comprando resultados [...] (GESTOR PÚBLICO BH 1, 2008).

Fato relatado pelos Gestores Privados BH 4, 6 e 9 é de que a adequação das instituições hospitalares às regras do PRO-HOSP foi importante para a implantação do programa de contratualização. Pois quando esse foi apresentado aos prestadores, pelo menos os que haviam aderido ao programa estadual, já haviam definido metas e já estavam trabalhando na melhoria das informações institucionais (GESTOR PRIVADO BH 4, 2008). Segundo o Gestor Privado BH 9 a semelhança entre os programas

e propiciou que o programa de contratualização se beneficiasse dos avanços alcançados por meio do PRO-HOSP. “[...] Quem está hoje com o PRO-HOSP sabe que não vive sem ele. Se não tivesse o PRO-HOSP estaríamos pensando muito mais na contratualização” (GESTOR PRIVADO BH 9, 2008).

Pode-se verificar que na medida em que o PRO-HOSP repassa recursos financeiros para custeio e investimento e o programa de contratualização repassa para o pagamento dos serviços prestados, os programas acabam conformando uma dinâmica de complementaridade. O programa estadual acaba cobrindo as deficiências decorrentes da defasagem da tabela de remuneração uma vez que os recursos para investimentos.

Nesta conjuntura crítica vimos o aprofundamento das mudanças no que se refere à ampliação da intervenção do gestor público municipal de saúde no sistema local. Pode-se dizer que a conjuntura reforçou a trajetória se nos referirmos ao legado da municipalização. Aqui, os fatores que explicam melhor a mudança são relacionados às instituições construídas pelos gestores locais para implementar o SUS que permitiram a ampliação e efetivação de sua ação.

Considerações Finais

A partir da descrição dos dados coletados podem-se estabelecer algumas características da trajetória do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte.

No que se refere a dependência de trajetória vimos que há uma conexão das decisões e ações ao longo do tempo. O legado institucional influencia as escolhas, estratégias e capacidades dos atores. Assim, na segunda conjuntura crítica a escolha dos gestores públicos pela priorização da reestruturação administrativa foi resultado das limitações impostas pela estrutura existente que impossibilitava o desenvolvimento das iniciativas necessárias para implementar o SUS. Com isso, temos a construção de

um legado que irá impactar no desenvolvimento da política de regulação. A possibilidade de implantar e efetivar mecanismos de regulação dependeu da estrutura administrativa incrementada previamente. O que se consubstanciou na criação de gerências (financeira, planejamento, atenção) e na elaboração de um sistema de informações²⁰.

A existência dos instrumentos de controle dos serviços prestados pelo setor privado constituiu alicerce para a implementação do programa de contratualização. Permitindo aos gestores locais concretizar o controle dos contratos em virtude de já terem estabelecido o controle dos serviços.

Além disso, foi identificada a influência de outras características institucionais legadas do modelo de política de saúde anterior ao SUS. No que se refere aos prestadores, a dependência financeira criada no modelo anterior limitou suas possibilidades de escolha, já que o rompimento ou diminuição de oferta de serviços ao setor público implicaria, no curto prazo, um *déficit* financeiro. Deve-se levar em conta também que o volume da demanda SUS não seria facilmente substituído.

No que tange os gestores municipais, os incentivos da tabela de remuneração à produção de serviços mais complexos ia de encontro as suas prioridades. Contudo, essa limitação foi manipulada de forma a constituir estratégia de indução da oferta dos serviços considerados de remuneração menos atrativa. Embora a centralização gerencial no governo central, característica da política pretérita, tenha sido atenuada, a presença deste ator ainda é bastante saliente. Os gestores locais diante da tarefa de implementar um programa formulado pelo MS se utilizaram dos recursos de poder desse para impor suas condições nas negociações dos contratos. Isso se deu por meio do discurso da “política do Ministério”, a qual não poderia ser mudada pelos gestores locais, mas somente executada. Com isso, são retirados da arena diversos pontos de impasse, dada a impossibilidade de resolvê-los, tal estratégia

²⁰ Conforme exposto em tópico específico, os gestores municipais de saúde de Belo Horizonte enfatizaram o desenvolvimento do sistema de informações. No que tange a gestão de organizações a informação é insumo básico e essencial da tomada de decisão. O foco na geração de informações aponta para a priorização da gestão.

“induz” a adesão dos prestadores em virtude, inclusive, de suas próprias limitações já citadas. Finalmente, identificou-se que o bom desempenho na implementação do programa de contratualização estava vinculado a capacidade reguladora. O monitoramento das pactuações foi possibilitado pela existência da supervisão hospitalar e de informações e controles sobre os serviços prestados.

No que diz respeito a elementos locais da trajetória, identificamos as seguintes características. Primeiro, a referência ao um grupo de atores de diferentes inserções político-partidárias ligados por interesses comuns no que se refere ao campo da saúde. A partir da atuação desses atores suas preferências perpassam governos e imprimem certa racionalidade na política de saúde. Identificou-se que há um *locus* de formação comum, a Faculdade de Medicina da UFMG e um projeto para o setor, ligado à ideologia da Reforma Sanitária. O fato desses atores se encontrarem em diferentes níveis de governo impactou no *timing* da adesão à categoria de descentralização, pois, segundo relatos, o processo de descentralização foi facilitado pela convergência desse grupo de especialistas em postos chave no momento de mudança institucional. É assim que em 1984 o estado adere às Ações Integradas de Saúde; em 1991 tem início a transferência da rede primária do estado para o município; em 1992 a rede ambulatorial do INAMPS já se encontrava municipalizada e; em 1994, Belo Horizonte adere à categoria de descentralização máxima do sistema, a Gestão Semiplena.

Segundo, esse grupo de especialistas se instala na burocracia da SMS e se alterna entre atividades gerenciais e técnicas dependendo da configuração política no poder. Seu perfil técnico pode ser observado na natureza bastante informativa dos dados coletados, permitindo uma descrição rica dos processos.

Terceiro, os gestores públicos municipais relatam que as políticas federais representavam oportunidades para expandir sua ação no sistema de saúde local. Com isso observou-se um progressivo desenvolvimento de mecanismos de gestão da rede assistencial buscando implementar as políticas

formuladas. Na segunda conjuntura crítica observou-se o esforço de constituição de uma estrutura administrativa capaz de cumprir com as prerrogativas advindas com a descentralização do sistema de saúde, com a expansão da gerência financeira e administrativa, a criação do Fundo Municipal de Saúde e de um sistema de informações gerenciais além da organização de áreas como a vigilância epidemiológica. Verificaram-se também ações voltadas para o incremento das estruturas de assistência com foco na reorganização dos processos de trabalho.

Houve ainda um incremento dessas ferramentas de gestão com ênfase no controle dos recursos assistenciais. Foi um momento de grande atividade voltada para a criação e reestruturação de instrumentos regulatórios como as autorizações para procedimentos de alto custo; controle das internações hospitalares; supervisão hospitalar; ordem de reembolso e; acesso às especialidades médicas não disponíveis na rede primária.

Na terceira conjuntura crítica tem-se o desenvolvimento de capacidades relacionais e institucionais expressas pelos sucessos nas negociações com prestadores sobre os termos dos contratos nos quais o gestor público pôde impor seus interesses utilizando como insumos nas barganhas a lógica da tabela de remuneração e os interesses assistenciais dos prestadores. Assim como, a criação de instrumentos de controle dos contratos, representado pelo Gestor de Contrato, profissional que por meio da construção de uma relação com o prestador o auxilia no cumprimento do contrato, trazendo maior segurança e controle sobre as pactuações. Esse profissional conforma-se em um mediador entre os prestadores e a Secretaria Municipal de Saúde.

Quarto, embora a relação entre os gestores públicos locais e os prestadores privados fosse tensa em algumas circunstâncias observou-se a capacidade de concertação do primeiro. O que se deu, principalmente, por meio do manejo das regras e de seus recursos de poder e pela utilização de estratégias diferenciadas de acordo com a conjuntura e a disposição dos demais atores. Assim como

pela utilização das demandas e fragilidades dos prestadores nas negociações. Desse modo, no momento de implantação dos instrumentos regulatórios, quando houve dificuldades de negociação com o Governo do Estado, o gestor municipal buscou alternativas para a prestação de serviços no setor privado. E quando decidiu que as maternidades e serviços de urgência e emergência deveriam ser públicos buscou parcerias com o Governo do Estado e com a Universidade Federal.

Quinto, a coordenação centralizada. O esforço de implementação das políticas empreendido pelo município teve um resultado já citado acima, a ampliação de sua capacidade de intervenção. Ao mesmo tempo em que o município espraia sua ação o faz também em favor do ente central, pois já que as políticas foram formuladas e incentivadas pelo governo central, sua operacionalização alarga também sua ação no território. Verificou-se que freqüentemente os gestores locais utilizam uma conformação discursiva que atribuindo a política ao ente central se eximem da responsabilidade pelas questões mais conflituosas e com isso impõe as regras aos atores privados que consideram alto o custo de uma discussão com um ator distante territorialmente e visto como alheio a problemas específicos.

Sexto, a influência da configuração institucional na ação dos atores. Conforme exposto anteriormente, no que se refere ao gestor público é visível seu fortalecimento na gestão do sistema local, seja por influência direta das normas, seja por suas conseqüências. No que se refere aos atores privados, percebeu-se que, principalmente na segunda e terceira conjuntura crítica, as regras do sistema os impulsionaram num movimento de incremento da gestão de suas organizações. As dificuldades advindas com a implementação do programa de contratualização promoveram a agregação desses atores e catalisaram ação coletiva.

O resultado desta trajetória se expressou na relativa tranquilidade do processo de municipalização, no desenvolvimento e manutenção de mecanismos de controle, construindo relações estáveis com os

gestores privados. Além disso, o relativo consenso dos atores públicos em relação ao projeto de política pública possibilitou uma trajetória sem rupturas ou longas discontinuidades.

Capítulo 5

Gestão e implementação da política de saúde: o caso de Porto Alegre

Esta seção visa apresentar os dados colhidos a partir de entrevistas com gestores públicos e privados de Porto Alegre. Os dados são descritos a partir das três conjunturas críticas delimitadas.

Conjuntura crítica: o debate sobre o processo de descentralização do sistema de saúde

A Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social de Porto Alegre foi criada em 1963 tendo por finalidade: prestar assistência médica e odontológica e na área de reumatologia e moléstias afins; criar ambulatorios; promover a ampliação da assistência social; prestar assistência médica e hospitalar de urgência; fomentar a criação de creches e maternidades. Em 1973 são divulgados novos objetivos expressando a ampliação do escopo de atuação e enfatizando a relação com outros atores. Assim, as funções da Secretaria passaram a ser: zelar pela saúde pública e bem-estar social; prestar assistência médico-cirúrgica de urgência e emergência; colaborar com órgãos afins das esferas federal, estadual e entidades privadas; planejar e fiscalizar a assistência médica ao servidor público municipal e seus dependentes. Em 1994 foi estabelecida a separação entre a saúde e a assistência social por meio da criação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A ampliação da ação pública na área da saúde, que pode ser expressa pelo incremento das atividades da secretaria de saúde e por sua posterior separação das atividades de assistência social, é um processo do qual faz parte a descentralização do sistema. Nesse sentido, foram implementadas na década de 80 no Rio Grande do Sul iniciativas de reorganização da rede assistencial que almejaram minimizar a fragmentação assistencial e incrementar a participação do estado e dos municípios. Assim, em 1985

foram implantadas as Ações Integradas de Saúde, em 1987 ocorrem as primeiras adesões de municípios ao SUDS e o estado recebeu a rede assistencial do INAMPS no território (JOVCHELOVITCH, 1993).

No âmbito do município, a discussão sobre a municipalização iniciou em 1987, quando a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde²¹ criou um grupo especial para elaborar um plano de municipalização, a esse, pelo menos, dois o sucederam. Um foi elaborado na primeira gestão do PT na prefeitura (1989-1992) e outro, na segunda gestão (1993-1996).

No final da década de 80 o município tinha funções restritas na prestação de serviços à saúde. “A secretaria era basicamente atenção às urgências, o foco era no hospital de pronto-socorro que representava [em torno de] 90% [dos gastos] da Secretaria” (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2008). A partir de 1990 a SMS passou a incorporar alguns serviços como a gerência de unidades de pronto-atendimento (PAMs) e unidades básicas e em 1992 o serviço de controle de zoonoses.

Essas modificações ocorreram sob a primeira gestão do Partido dos Trabalhadores em Porto Alegre (1989-1992), sendo Olívio Dutra o prefeito. A secretaria de saúde era ocupada pela socióloga Maria Luiza Jaeger, reconhecida militante setorial. Há uma percepção de que o governo dispunha de *expertise* para promover a municipalização.

Nesse sentido, o Gestor Privado PoA 2 (2008)²² relata que nesse período a SMS estava “estudando” os gastos com saúde do município, preparando-se para a municipalização. O informante relatou que funcionários da SMS procuravam as áreas técnicas da Secretaria de Saúde Estadual com o objetivo de conhecer o funcionamento dos serviços que assumiriam. Juntamente a esse processo os gestores

²¹ “Como desdobramento das propostas apresentadas pelo CONASP, foram criadas, nos anos 1980, as Ações Integradas de Saúde (AIS) a partir das quais formam-se órgãos colegiados de gestão”, os conselhos e comissões. No nível federal formou-se a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN); no nível estadual, a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS); e no âmbito municipal foi criada a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) (LUCAS, 1998, p. 53-54).

²² O Gestor Privado PoA 2 (2008) era funcionário do INAMPS que foi transferido para o estado em virtude da descentralização. O ator lembra que técnicos da SMS, no início dos anos 90, visitavam o setor de planejamento no qual trabalhava em busca de informações sobre o funcionamento e financiamento dos serviços da capital.

municipais atuavam para implementar o projeto partidário de sistema de saúde. Inojosa e Junqueira (1997) expõem que em 1992 o governo municipal estava promovendo uma reorientação da gestão da saúde com a assessoria da Fundação do Desenvolvimento Administrativo- FUNDAP. Tal processo “[...] envolvia a descentralização do setor de saúde no ambiente de uma administração centralizada e a mudança do modelo de prestação de serviços” (INOJOSA e JUNQUEIRA, 1997, p. 160).

[O modelo de saúde delineado em Porto Alegre visava] garantir a qualidade de vida do cidadão, no que diz respeito à atenção integral à saúde individual e coletiva, através do acesso dos cidadãos a serviços de saúde resolutivos e de qualidade, do acesso dos cidadãos à informação, da permeabilidade do sistema local de saúde ao controle social e à participação nas decisões e da atuação do sistema local de saúde no ambiente e na produção, circulação e consumo de bens e serviços (FUNDAP apud INOJOSA e JUNQUEIRA, 1997, P. 160)

Pode-se observar que o modelo se caracteriza pelos pressupostos que embasavam o discurso petista da época, com forte ênfase na democratização da gestão. Como militantes do movimento sanitário os gestores da saúde, no governo Dutra, estavam alinhados com o projeto SUS e desenvolvendo capacidades para desempenhar o papel de condutores do sistema local. Contudo, o contexto vigente era bastante instável.

No que se referiu aos prestadores, havia uma insegurança em relação à ideologia do partido que implantaria a descentralização em Porto Alegre. “[...] o PT, na época, tinha uma herança cultural dos comunistas. Nós tínhamos muito presente um temor ao radicalismo, à idéia de [estatizar] a iniciativa privada” (GESTOR PRIVADO POA 2, 2008).

As ações do Ministério da Saúde expressavam o ambiente político conturbado que marcou o início da década. Depois da confusão promovida pela edição da NOB-91 e da saída do Presidente Collor, Itamar Franco (PMDB) assume a presidência e convida o médico carioca Jamil Haddad para o cargo de ministro da saúde, na sua gestão se dá o primeiro passo para o regramento e incentivo do processo de descentralização.

Em 1993, o PT assume o segundo mandato à frente da prefeitura de Porto Alegre, ascendendo ao poder o grupo de Tarso Genro. A SMS é ocupada pelo médico Luiz Henrique Motta, que já havia participado do governo anterior como responsável pela área hospitalar. Motta era participante do núcleo do PT que discutia a política de saúde e em virtude de sua experiência na gestão setorial e militância partidária foi convidado para participar do grupo dirigente da SMS.

Nesse momento, “[...] estávamos dando os primeiros passos de um processo de municipalização, já tinha discussão da municipalização, mas ela não tinha avançado formalmente. A secretaria tinha assumido dois serviços: parte da vigilância de saúde e um centro de controle de zoonoses [...] (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2007).

Informantes (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2007, GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008) relataram que havia algumas dificuldades no que se refere à construção de um consenso sobre a adesão ao SUS dentro do grupo governante. Os relatos apontam para três principais questões que nesse momento dificultavam a decisão sobre a municipalização da saúde. Primeiro, as incertezas relacionadas com a nova conformação e financiamento do sistema. Segundo, o debate interno com o governo municipal (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2007; GESTOR PÚBLICO POA 6, 2004; ASSESSOR TÉCNICO 3, 2004). Era necessário “convencer” o núcleo coordenador do governo composto pelo gabinete, secretaria da fazenda e de administração “[...] de que nós deveríamos assumir a assistência toda da saúde da cidade, numa perspectiva [...] que poderia comprometer do ponto de vista financeiro a prefeitura” (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2007). “O governo e em especial a área financeira eram resistentes e tinham muito medo das despesas com o SUS” (GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008).

Outra questão que influenciou o *timing* da descentralização foram as disputas com o Governo do Estado sobre os termos da municipalização. “[o governo do estado] bloqueou durante anos, o processo

de municipalização da saúde” (GESTOR PÚBLICO POA 6, 2004). As divergências entre os governos estavam referidas, principalmente, a questões políticas e financeiras.

[...] quando nós municipalizamos, chegamos num acordo final do ponto de vista financeiro [...] [que] ficou muito favorável para Porto Alegre [...]. [...] nós calculamos [...] toda a referência que Porto Alegre atendia, pegamos uma série histórica de todo o atendimento [...] não só dos munícipes, mas de toda a referência que Porto Alegre era para o estado e conseguimos, na discussão, que municipalizasse no topo disso. [...]. Foi uma discussão muito difícil, quer dizer, durou basicamente dois anos (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2007).

Deve-se lembrar que em 1991 assume o governo do estado Alceu Collares (PDT), enérgico opositor do PT, que tinha como prioridade de governo, seguindo a linha de seu partido, a educação, pasta para a qual designou sua esposa Neuza Cabarro²³. Na Secretaria Estadual de Saúde assume Júlio Roberto Hocsman, médico e, aparentemente, sem vinculação programática no setor. Em sua gestão não foi possível identificar nenhum projeto significativo²⁴. São consideradas como as principais ações na área da saúde (COLLARES, 2009): para hospitais, o repasse de “US\$ 1,2 milhões oriundos das ‘raspadinhas’ [loteria instantânea]; na assistência o “Sulvacina – visando erradicação da poliomielite [...]” e; em 1992 foi editado o decreto instituindo a municipalização que foi implantada, no período de 1991 a 1994, somente em cem municípios. Além dos conflitos político-partidários o governo Collares não estava engajado no movimento descentralizador da saúde.

O grupo dirigente da saúde de Porto Alegre nesse momento enfrentava duas principais dificuldades no que se refere à descentralização do sistema. Primeiro, a ausência de consenso sobre a adesão ao SUS decorrente da visão do núcleo coordenador do governo municipal. Segundo, a oposição do governo estadual.

²³ Collares implantou duas ações de muita projeção na área da educação. A mais impopular foi o calendário rotativo que criava três diferentes anos letivos que se revezavam. Outra iniciativa foi a implantação dos CIEPs, centros de ensino em tempo integral, que também não obteve muito sucesso.

²⁴ Na gestão de Hocsman foram editados 175 decretos, dos quais 143 (82%) objetivavam abrir créditos suplementares no orçamento do estado, os restantes versavam em sua maioria sobre cotas de importação, além de dispensação de medicamentos, convocação de conferências, criação do prêmio mérito em saúde.

O impulso normativo para a adesão dos municípios foi dado com a edição da Norma Operacional Básica do SUS de 1993. “[...] foi a partir de 1993 que certas regras da descentralização ficaram mais claras [...]” (GESTOR PÚBLICO POA 6, 2004). A NOB – SUS/93 definiu uma progressividade na assunção de responsabilidades pelos gestores públicos, caracterizadas nas chamadas categorias de gestão, partindo da responsabilização pela rede primária de saúde e ações de vigilância sanitária até o grau máximo de descentralização que correspondia à gestão de toda a rede assistencial, pública e privada, em seu território.

Rabelo (1999, p. 262) elenca as maiores dificuldades para descentralizar os serviços de saúde nos maiores municípios do Rio Grande do Sul: “grande diversidade de interesses e atores, freqüentemente em conflito; heterogeneidade da população a ser atendida – com um perfil epidemiológico bem diversificado-; e necessidade de organizar serviços originários de todas as instâncias – federal, estadual, municipal, privados com e sem fins lucrativos [...]”.

Conjuntura crítica: desenvolvimento de mecanismos de regulação dos serviços privados de saúde

Porto Alegre adere à categoria de Gestão Incipiente em 1994.

[...] havia uma espécie de municipalização básica [...], depois tinha uma fase intermediária, onde [...] havia uma transição para assumir o conjunto dos serviços que antes eram geridos pelo estado ou eventualmente ainda até pelo governo federal, que dizia respeito a parte ambulatorial; e finalmente uma fase avançada em que ficaria todo o controle, avaliação, a regulação, a contratação a cargo do município, essa categoria superior era chamada de Semi Plena. Essa Semi Plena durante um tempo poucos se arriscaram a entrar. Nós ficamos numa fase intermediária a partir de 1994. Porque não estava claro ainda como que essa condição superior de municipalização traria garantias ao município, ou seja, não estavam claras as formas com que o dinheiro seria transferido [...] (GESTOR PÚBLICO POA 6, 2004).

O ano de 1994 era o último do governo de Alceu Collares. Seu sucessor foi Antonio Britto (PMDB) que assume com prioridades voltadas para o ajuste fiscal²⁵. O Secretário Estadual de Saúde era

²⁵ Deve-se lembrar que a década de 90 foi bastante tortuosa para os estados. O Rio Grande do Sul acumulou um déficit que foi sanado somente em 2008 pelo governo de Yeda Crusius (PSDB). Nos anos 90 foram comuns os atrasos nos

Germano Bonow (na época PFL, hoje DEM), médico e tradicional político gaúcho. Bonow explicita em seus discursos que sua vinculação com a área da saúde é de caráter mais político-partidário do que programático. Na sua gestão o estado estava ainda transferindo serviços para os municípios, o que Bonow considerou como sendo uma de suas maiores dificuldades. “Talvez, internamente, a parte mais difícil tenha sido a municipalização das ações de saúde. Ou seja, conseguir entregar a maior parte das unidades sanitárias que o Estado tinha, quase mil, para os municípios, inclusive Porto Alegre” (BONOW, 2009).

Os Gestores Públicos PoA 1 (2007) e 6 (2004) e o Assessor Técnico 3 (2004) afirmam que a adesão à descentralização foi facilitada pela ação do Ministério da Saúde, pois havia uma “configuração política favorável” (ASSESSOR TÉCNICO 3, 2004), tendo Jamil Haddad (PSB) a frente do MS, ministro comprometido com o desenvolvimento do SUS.

[...] sobre as relações do município com a União é interessante lembrar que nós [...] propusemos, dentre as três condições de municipalização que estavam previstas na NOB 93 que era a incipiente, a parcial e a semi-plena, ir direto para a parcial, porém, não, executando o conjunto das possibilidades que a incipiente previa. Nós propusemos um mix e o ministério topou [...]. Se houvesse uma postura do Ministério da Saúde semelhante a da Secretaria Estadual em relação a nós, não teríamos conseguido fazer (GESTOR PÚBLICO POA 6, 2004).

Com a adesão à gestão incipiente, tem início a estruturação institucional da SMS para o exercício das novas e ampliadas funções. A prioridade dos gestores públicos era “[...] instaurar a gestão pública sobre o conjunto do sistema de saúde da cidade. A gestão pública tinha um braço que era *stricto sensu* SUS, mas tinha também um braço que era de regulação das instituições [...] privadas” (GESTOR PÚBLICO POA 6, 2004).

Uma das primeiras iniciativas foi a criação do Fundo Municipal de Saúde em 1994 em resposta às exigências para a transferências dos recursos. Tal arranjo tinha por objetivo garantir a transparência no

pagamentos de salários o que, muitas vezes, era encaminhado por meio de empréstimos junto ao Banco do Estado do Rio Grande do Sul.

repassse dos recursos e assegurar que as Secretarias de Saúde tivessem autonomia para geri-los. Já que duas das grandes inseguranças eram de o estado pudesse atuar como intermediador dos repasses ou que a gestão central do município incorporasse-os ao tesouro municipal. “[...] a gestão dos recursos da saúde [...] não é uma gestão [...] que esteja sendo feita de forma autônoma pela Secretaria Municipal da Saúde [...]. Muitos prefeitos não hesitam em buscar no fundo municipal de saúde o dinheiro que precisam para cobrir outras situações” (ASSESSOR TÉCNICO 3, 2004).

[...] em 94 nós conseguimos aprovar o Fundo Municipal de Saúde que foi uma disputa interna importante, definir o fundo com recurso que ficaria separado só para a saúde [...] coisa que até hoje é um pouco complexa. O que hoje já está consagrado como transferência fundo a fundo, naquele momento não estava, e à medida que isso se constituiu de forma clara permitiu uma melhor definição das atribuições (GESTOR PÚBLICO POA 6, 2004).

Os debates sobre a descentralização do sistema, segundo os relatos, estavam centrados no financiamento, nas novas responsabilidades, nas tensões intra-governo e com o governo estadual. De acordo com o Gestor Público PoA 1 (2008) não foi promovido um debate sobre o novo arranjo institucional com os prestadores privados. As decisões foram centralizadas no governo municipal e verticalizadas na medida em que a participação do Ministério da Saúde era imprescindível. A descentralização do sistema de saúde era uma política nacional e por isso não havia motivos para debatê-la com os atores privados (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2008). Havia uma clara distância entre os dois atores, e uma preferência por manter as discussões na esfera dos entes públicos, embora sejam recorrentes os discursos de que para “ter a gestão real do sistema” ou “ser gestor pleno” seriam necessárias políticas voltadas ao setor privado. “[...] ou nós vamos dizer que estamos municipalizando, que vamos assumir as unidades de atenção primária e de especialidade, mas vamos ficar sempre à mercê da rede contratada e conveniada que está na mão do privado” (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2008). Observa-se a preferência pela intervenção sem diálogo, em sintonia com os discursos petistas da época que eram bastante preconceituosos com a participação do setor privado nas atividades públicas.

Há uma percepção de falta de compatibilidade entre público e privado na saúde.

[...] sinceramente, eu acho que não existe possibilidade de [...] dar seqüência e implementar ou construir na sua plenitude um Sistema Público de Saúde, um Sistema Único de Saúde enquanto tu tiver essa relação onde o público é subfinanciado, subestruturado, e o privado invés dele ser complementar, ele é o principal agente do sistema. Quer dizer, ele que determina as regras do sistema [...] (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2006).

Também os prestadores privados tinham receio de um processo de descentralização e ampliação da ação do Estado na saúde sendo guiado pelo PT. A insatisfação com a exclusão do processo decisório, juntamente com o descontentamento em relação às mudanças que seriam implementadas no sistema, foi expressa por meio de diversas manifestações dos prestadores privados.

[A municipalização] desde logo inaugurou um processo de conflitos [...] houve um locaute das filantrópicas [...] que procuraram romper o princípio da universalidade criando uma triagem sócio-econômica e dizendo que eles não tinham como manter o atendimento pelo SUS e que, portanto, eles iriam cobrar [...] as consultas [...]. Isso foram alguns dias num conflito aberto que resultou num enfrentamento duro [...], chamamos o Ministério Público, a polícia. Ficou caracterizado que quem assumia a gestão era o município (ASSESSOR TÉCNICO 3, 2004).

Este embate permitiu ao gestor municipal exercitar suas novas prerrogativas, se levarmos em consideração que a relação entre os atores era incipiente e marcada por certa animosidade, tendo o gestor público a percepção de que o setor privado era extremamente autônomo e determinava as regras do sistema de saúde (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2004, 2008; GESTOR PÚBLICO POA 3, 2008; GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008). O conflito serviu para comprovar que o arcabouço institucional tinha significativa capacidade de moldar o comportamento dos atores privados.

[...] Então o que aconteceu? Eles [começaram a] cobrar de todos os pacientes da emergência e de ambulatório 10 reais. [...] a idéia deles era fazer um levante e que trouxesse os outros hospitais e nos desmoralizassem do ponto de vista político e como incapazes de gerir. Nós montamos uma verdadeira operação de guerra. [...]. Eu dei um golpe de misericórdia quando fiz o seguinte. Eles insistiram. [...] eu disse para eles o seguinte: está bem [...] querem cobrar do paciente [...] para ser atendido na emergência, no ambulatório? [Então] vão cobrar também na internação, [vocês] não têm mais AIHs [...]. [a manifestação] não durou uma semana [...] eles tiveram que voltar atrás. Isso [...] marcou a gestão do município sobre o sistema privado de saúde em Porto Alegre [...] (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2007).

Esse conflito ocorre antes mesmo do governo municipal assumir a responsabilidade pela gestão da totalidade da rede o que ocorreu em julho de 1996, último ano da segunda gestão do PT na prefeitura, quando adere a Gestão Semiplena do Sistema de Saúde. Com isso, o gestor municipal passou a responsabilizar-se por 95 serviços: postos de saúde, ambulatórios e serviços especializados, antes sob

gestão federal ou estadual, assim como assumiu as tarefas de regular e efetuar os pagamentos dos procedimentos realizados por prestadores privados ao sistema público de saúde (HEIDRICH, 2002, p. 74). Assim, tem-se um crescimento significativo da rede de atenção.

Tabela 02 - Estabelecimentos de Saúde segundo esfera administrativa em Porto Alegre em 1992 e 1999

Esfera	1992	1999
Federal	13	16
Estadual	64	12
Municipal	16	90
Privada	350	319
TOTAL	443	437

Fonte: IBGE – AMS.

Segundo dados da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária, em 1992 o município tinha dezesseis estabelecimentos de saúde sob sua gestão o que correspondia a 3,61% da rede. O estado era o maior prestador de serviços. Com a descentralização do sistema as unidades estaduais e federais, passaram para a responsabilidade do município. Observa-se que a rede municipal cresce e a estadual diminui significativamente. Em 1999, os estabelecimentos municipais passam a representar 21% do total de estabelecimentos de saúde em Porto Alegre. Os estabelecimentos privados diminuíram em 31 unidades no período, mas continuaram representando a maior parcela da rede, 79% em 1992 e 72% em 1999.

Tendo aderido à Semiplena no final do segundo governo, a gestão da rede ampliada será efetivada pelo grupo que assume o governo municipal em 1997. Tendo o PT obtido sua terceira vitória para o governo da capital, o grupo que assume é do prefeito Raul Pont, que convida à SMS Henrique Fontana. Fontana permanece no cargo durante o primeiro ano de governo, com sua saída assume o médico Lucio Barcelos que era secretário de saúde de um município da região metropolitana. O grupo de Raul Pont é considerado ideologicamente mais a esquerda (dentro do espectro ideológico do PT) dos que os grupos de Olívio Dutra e Tarso Genro.

[...] o processo [...] de [...] de colocar em prática a questão da municipalização plena, na verdade, ela começou [...] no ano de 98. Foi um ano um pouco conturbado, o Henrique

[Fontana] pegou a secretaria [em 1997] num período com greve do Pronto Socorro, dos médicos. Aquela greve se arrastou e havia alguns outros problemas ali. Então ainda tinha a maior parte das coisas por fazer [...]. No que diz respeito a ampliação da rede, assumimos as unidades que eram do estado e da União, formalmente já tinham sido assumidas, mas ainda tinha todo um processo de assimilação, vamos dizer assim, dessas instituições federais e estaduais pro município (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2004).

Nesse contexto, as prioridades da SMS estavam relacionadas à qualificação da rede assistencial pública (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2007; GESTOR PÚBLICO POA 3, 2008; GESTOR PÚBLICO POA 6, 2004; GESTOR PÚBLICO POA 7, 2004). “[...] nós tínhamos um parque de obras na saúde muito grande. Porque a maioria das unidades do estado a gente recebeu com mil problemas de estrutura física, de equipamento, eram prédios antigos, deteriorados. Então a gente fez todo um plano de reforma, de ampliação [...]” (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2004).

“A nossa prioridade número um era a reestruturação, qualificação e ampliação da nossa rede de atenção básica” (GESTOR PÚBLICO POA 7, 2004). Um dos motivos desta escolha está no fato de que a rede hospitalar, em grande parte, era privada enquanto a totalidade da rede primária era pública. Isso habilitou a ampliação da capacidade de ação municipal, primeiramente, naquela rede que já estava submetida ao controle público.

O incremento da intervenção direta é exemplificado pelo relato do Gestor Público PoA 6.

[...] objetivo de conseguir ofertar uma porta de entrada qualificada pro sistema de saúde, pro conjunto da população, de modo crescente, [...] e oferecer um determinado padrão de qualidade, [...] materializar esse padrão de qualidade naquilo que nós terminamos por chamar de padrão mínimo [...] que apontava o conjunto de ações de saúde que eram direito da população ser assegurado nessa porta de entrada. Então, portanto tinha um princípio de extensão dessa rede, havia e ainda há alguns vazios de assistência primária à saúde em Porto Alegre. E pra dar conta dessa extensão nós trouxemos o PSF [...] nós chegamos a implantar em torno de 30 postos de saúde da família [...]. Bem, foi constituído esse padrão mínimo que continha além de algumas ações tradicionais em saúde, na área materno-infantil; alguns elementos já também de abordagem de problemas crônicos degenerativos, na área cardiovascular, por exemplo. Esse padrão continha também uma sensibilização pra questão da saúde do trabalhador, alguma qualificação na atenção à saúde mental e uma sensibilização pras conseqüências das causas externas de morbimortalidade [como] trauma, violência, etc. Esses eram elementos que a gente levantava bastante. [...]. A gente deu passos iniciais pra tentar ordenar também a dispensação farmacêutica [...] (GESTOR PÚBLICO POA 6, 2004).

Nesse mesmo movimento, questões relacionadas aos profissionais de saúde foram objeto de iniciativas (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2004).

[Outro objetivo] no âmbito interno foi combater algumas disparidades muito gritantes que havia em nível salarial [...]. Nós estendemos uma gratificação que era chamada gratificação de 25% por trabalhar em unidades de saúde a todas as profissões da secretaria. Pois quando ela foi instituída [...] nominou as profissões que fariam jus. Nós modificamos essa lei permitindo que todas as profissões pudessem receber. Além disso, modificamos profundamente uma lei chamada Lei da Parcela Autônoma, segundo a qual os funcionários poderiam receber uma parcela do recurso auferido pela prestação de serviços. O Ministério da Saúde remunerava os serviços prestados por unidades de prestação de serviço, então, um percentual disso era redistribuído pra folha de pagamento. Nós modificamos radicalmente essa lei incorporando aos recursos que seriam redistribuídos, não mais apenas pra rede dos postos aquilo que era prestado pelos postos, mas também o conjunto dos valores auferidos pela prestação de serviço do Hospital de Pronto Socorro, que era várias vezes maior do que o dos postos, pelo modo como é constituída a tabela do SUS, que remunerava mais aquilo que tem mais tecnologia de máquina. Com isso nós praticamente equiparamos os vencimentos dos profissionais dos postos de saúde com os profissionais do Pronto Socorro, que era uma reivindicação histórica da categoria [...] (GESTOR PÚBLICO POA 6, 2004).

O informante destaca também ações de democratização da gestão da SMS pelo incentivo a participação. Prioridade dos governos petistas em Porto Alegre (GESTOR PÚBLICO POA 7, 2004).

No ponto de vista dos objetivos, [...] agora estritamente falando em relação a questão interna da secretaria de saúde. [...] duas coisas marcaram, uma delas era uma busca de fazer com que o conjunto dos servidores conhecesse a estratégia da secretaria, pudesse discuti-la e opinar sobre ela, isso em termos gerais pros funcionários, depois em termos específicos dos que compartilhavam em algum grau a responsabilidade de gestão. Nós na época constituímos um conselho político da secretaria e ele não era restrito aos filiados a alguns partidos políticos da frente popular, mas abrangia o conjunto daqueles colaboradores com determinado grau de responsabilidade. Portanto, nesse sentido, se procurou de alguma forma trazer elementos de uma gerência democrática na relação com os trabalhadores. E esse mesmo princípio da democracia também foi aplicado em relação a população. Nós nos propusemos, [...] a nos colocarmos sob o controle social [...]. Mesmo nas situações em que houve polêmica entre a vontade política da direção da secretaria e o conselho municipal de saúde, [...] nós não contrariaríamos decisões do conselho [...], fomos fiéis a esse objetivo (GESTOR PÚBLICO POA 6, 2004).

Percebe-se que as preferências dos gestores estavam relacionadas com prioridades do partido, como a participação nas decisões políticas, e com a reorganização da assistência direta à população. Nesse caso a herança institucional de uma rede fragmentada e pouco resolutiva influenciou a escolha dos gestores, “[...] porque até então não conseguíamos [...] de fato incidir sobre as grandes questões de saúde do município porque éramos muito acanhados do ponto de vista da nossa intervenção direta com a assistência, na atenção à saúde. Então esse foi o grande projeto de minha gestão” (GESTOR

PÚBLICO POA 1, 2007). Ademais, as estruturas administrativas criadas se voltaram ao atendimento das exigências dispostas na normatização do SUS, como pré-condição a assunção dos serviços e recebimento das transferências financeiras.

A partir desta constatação pode-se supor que as relações com os prestadores privados não foram objeto de reformulação neste momento. O Gestor Público PoA 4 (2008) relata que dada a complexidade das responsabilidades que o município assumiu a questão da relação do público com o privado na saúde “[...] por um tempo ficou dormida [...]”. A escolha por não atuar neste campo se devia ao fato de que como não havia um legado de controle e relação entre os atores o custo de iniciar processos nesse sentido estava além das capacidades dos gestores municipais nesse momento, tanto é que sua escolha foi por ampliar seu escopo de ação primeiramente na rede já sob controle público. Além disso, havia um preconceito em relação à participação do setor privado na saúde, sob o argumento de que o público e o privado operam por diferentes lógicas (interesse público X lucro) que são incompatíveis em um arranjo institucional que é a materialização de um direito social (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2006; GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008).

Tem um problema grave na questão de saúde, que pese, em tese, ser um sistema universal [...], na prática, não se consegue atingir essa universalidade. Uma das razões é que [...] quem trabalha com a saúde, enxerga na saúde uma área mercantil, uma fonte de lucro. Então, a área privada que trabalha na saúde detém, no Brasil inteiro a grande maior parte de toda a chamada alta complexidade, média complexidade [...] isso cria um problema pro sistema, porque essa gente tem uma lógica mercantil [...] Então, [...] o sistema único pra poder garantir o mínimo de atendimento pra população, ele tem que comprar o serviço do privado. O que acontece? [...] isso é um troço interessante, mas eles enxergam o sistema público como um ente que existe pra servi-los [...] Então existe uma disputa aí muito grande, eu acho que essa disputa não é feita de uma forma adequada, porque é uma disputa política (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2004).

Um efeito dessa visão é a não priorização da gestão e controle dos serviços privados que, por sua vez, tem como consequência a manutenção de elementos do arranjo institucional prévio. Isto é, a autonomia que os gestores públicos percebiam na atuação dos prestadores privados é em parte proporcionada pela falta de controles públicos, que acaba por promover a reprodução das práticas anteriores.

[Existia] uma relação entre o [...] secretário municipal com o setor privado quase de subserviência. Se era necessário fornecer aquele serviço, o serviço era dado pelo setor privado, ainda seguindo a lógica do INAMPS, o Secretário de Saúde assinava, autorizava o pagamento. Ele não se apropriava de que ele podia transformar essa relação [...] (GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008).

Entretanto, não seria possível protelar as atividades de controle dos serviços prestados pelo setor privado. Primeiro, porque “ser gestor pleno” significa gerir a rede assistencial em dado território, seja pública ou privada, é uma prerrogativa imposta pelo desenho do sistema. Segundo, o sistema público depende, em grande medida, dos serviços do setor privado, sua eficiência, efetividade e inserção na rede impactam na *performance* do sistema. A tabela 4 abaixo auxilia no entendimento da importância do setor privado para o sistema de saúde de Porto Alegre. Como se pode observar a rede privada é mais que o dobro da pública.

Tabela 03- Número de Hospitais em Porto Alegre, segundo regime, de 1992 a 2000

Regime	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Público	09	06	04	04	04	04	04	04	03
Privado	16	13	13	12	11	11	11	12	10
Universitário	06	11	13	12	12	12	12	11	11
Total	31	30	30	28	27	27	27	27	24

Fonte: DATASUS.

Cabe informar que a rede de hospitais universitários é considerada pelo Ministério da Saúde separadamente porque está vinculada ao Ministério da Educação, embora alguns destes hospitais sejam públicos, a interferência do gestor municipal é bastante restrita (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2006).

A conformação do sistema de saúde obriga os atores à cooperação. Num primeiro momento a relação foi mais conflituosa, pois as circunstâncias da mudança institucional traziam insegurança para ambos dada a falta de clareza no que se refere às regras e sua implementação e a falta de diálogo, produzindo oposição.

Em minha opinião, a relação do privado com o sistema público ela é muito atritada, ela é muito difícil, porque tu trabalhas com lógicas diferentes e aí tem toda uma construção do Sistema Público, do Sistema Único, que é decorrência disso: da falta de investimento no Sistema público, o famoso sub-financiamento, que tu não sabe exatamente quantificar o que seria

necessário pra tu teres um Sistema de Saúde Público, onde o Estado detivesse o poder, não só a questão do poder, a propriedade dos bens, né?! [...] pro meu gosto, ele [SUS] deveria ser 100% público. Eu não faria concessão nesse aspecto. [...]. Porque não é compatível, não existe compatibilidade [entre público e privado], não existe essa figura do privado bonzinho (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2006).

As atividades de regulação dos serviços de saúde se inserem no esforço de organização da rede assistencial por meio da interação entre os diferentes níveis de complexidade e equipamentos de saúde. A descentralização representou uma modificação extrema na atuação dos municípios, num primeiro momento tivemos a ênfase na municipalização dos equipamentos de saúde e em seguida o foco no gerenciamento desses serviços. “Na medida em que o SUS foi se organizando, [...] passamos mais a nos ocuparmos da reorganização dos serviços com a municipalização. Depois com a própria insuficiência da municipalização e a tentativa de buscar outros mecanismos regulatórios” (GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008).

Para a efetivação dos mecanismos reguladores, parte-se do reconhecimento de que o fluxo de usuários no sistema era anárquico e de que os serviços primários pouco resolutivos. O resultado desta conformação era uma grande demanda que se encaminhava para os hospitais espontaneamente. O Gestor Privado PoA 3 (2008) expõe que “[...] tem muito atendimento de emergência que não é de emergência. Se tivesse alguém triando nos pronto-atendimentos [...] e não deixasse essas pessoas irem para os hospitais, provavelmente as internações não seriam reguladas pela emergência [...]”.

Uma vez que não havia controle da demanda para a utilização dos serviços hospitalares os prestadores privados acabavam estabelecendo alguma forma de regulação. Podemos perceber dois tipos de incentivos institucionais que agiam possibilitando moldar o comportamento dos prestadores nesta conjuntura. Primeiro, deve-se lembrar que a tabela de remuneração de procedimentos premia com melhores pagamentos aqueles serviços mais intensivos em tecnologia dura²⁶. Segundo, a ausência de

²⁶ “Acredito que o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma, vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de

controle da demanda obriga o prestador a fazer algum tipo de “triagem”, dado que os recursos são escassos e que sua atuação está limitada pelos tetos financeiro e assistencial, ou seja, há limites para a prestação de serviços ao sistema público. Essas características institucionais, legadas do modelo anterior, induzem um determinado comportamento considerado reprovável pelo Gestor Público PoA 1 (2008) “na verdade, eles queriam fazer uma seleção de pacientes que lhes interessavam mais, que tinham uma complexidade maior, onde eles tinham maior retorno financeiro”. Se a alternativa mais racional era a produção de serviços de maior complexidade e, se a definição dos usuários que utilizariam os serviços ficava a cargo do prestador temos então um processo retroalimentador, que possibilitado pela conformação do sistema, resultava em prejuízos para ambos os atores.

Terceiro, era comum a produção acima dos limites definidos. Essa prática gerava uma quantidade significativa de procedimentos que eram prestados, mas que não eram pagos pelo sistema público. Esses excedentes eram utilizados em períodos nos quais a demanda era menor (GESTOR PÚBLICO POA 3, 2008; GESTOR PRIVADO POA 2; 2008; GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

O exemplo típico era [...] o [prestador] que produzia mais do que era autorizado [tetos]. O que não tinha sido autorizado eu não pagava! Todo mês mandavam aquele conjunto [de contas] e eu mandava de volta aquela conta cada vez mais gorda. Com quase todos os hospitais havia isso. [...] se era justo ou era injusto, isso era complicado, de fato esse serviço era prestado [...] (GESTOR PÚBLICO POA 3, 2008).

Os incentivos gerados pela estrutura institucional prévia ao SUS promoviam essas distorções no funcionamento do sistema. Por um lado, o gestor público com capacidades administrativas deficientes recebia a incumbência de gerir um conjunto de prestadores privados que já haviam desenvolvido estratégias de atuação dentro desse arranjo. A modificação do comportamento dos prestadores passava pela estruturação de diferentes incentivos. Por outro lado, os prestadores embora adaptados também eram afetados pelas dificuldades advindas da racionalidade incentivada.

ferramentas tecnológicas formada por tecnologias duras; outra, está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra, presente no espaço relacional trabalhador—usuário, que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato” (MERHY, 2000, p. 109).

Esse cenário é propício à intervenção pública que se deu no sentido de organizar a “porta de entrada”.

Uma prioridade [...] era a questão da regulação do sistema, regular o acesso ao sistema. A central de marcação de consultas, a central de leitos hospitalares. Uma série de coisas que permitissem igualdade de acesso para população que não existia e que hoje existe igualdade nas dificuldades, [...] elas continuam existindo, mas pelo menos elas estão muito mais bem distribuídas do que eram antes (GESTOR PÚBLICO POA 3, 2004).

A questão da regulação do fluxo dos usuários no sistema é uma pré-condição para que o gestor possa controlar e racionalizar a utilização dos setores mais complexos. “Porque quando o sistema de saúde não está organizado o hospital de alguma forma [...] é responsabilizado por uma demanda espontânea. Por [isso] nós temos também que ajudar o município a se organizar para que o hospital possa se regar [...]” (GESTOR PRIVADO POA 1, 2008).

A participação do setor privado na prestação dos serviços mais complexos implica numa alocação importante de recursos. “[...] embora a rede de atenção primária seja basicamente pública, aquilo que custa mais para o sistema não é, que é a atenção especializada e a atenção hospitalar, que estavam na mão da iniciativa privada” (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2004).

A primeira iniciativa de aproximação com os prestadores privados se deu por meio da definição, por parte do município, dos tetos assistenciais. “[...] foram estabelecidas quotas para os hospitais, com contratos e definições para cada hospital. Eu não sei se [o contrato] juridicamente tinha valor. [...] não era um contrato detalhado, [...] se baseava principalmente nas séries históricas [...]” (GESTOR PÚBLICO POA 3, 2008).

Esse contexto se caracteriza por ações de controle do setor privado incipientes e passivas. O município estava apenas assumindo as atividades antes desenvolvidas pelas demais esferas de governo. Além disso, tinha-se uma relação pouco amistosa entre os atores, “[...] o gestor municipal desconhecia a missão dos hospitais. Naquele primeiro momento, [...] quem liderava a regulação era um grupo que

olhava para o prestador de serviço com hostilidade, com um antagonismo muito forte” (GESTOR PRIVADO POA 2, 2008).

Entretanto, havia (e ainda há) uma dependência entre os atores. Por um lado, o gestor público expõe que “no Rio Grande do Sul 80% dos nossos hospitais e serviços de média complexidade e laboratoriais são privados. [...]. Então o sistema de saúde [...] a curtíssimo prazo não sobrevive sem o setor privado” (GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008). Por outro lado, o prestador revela, “[...] nós estamos atendendo talvez mais que 80% de SUS. Isso gera uma dependência financeira muito importante, muito séria e muito perigosa” (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

Foi com o desenvolvimento dos mecanismos regulatórios mais ativos que a prestação de serviços privados tornou-se foco de atenção. Representando também a extensão tanto das capacidades do governo quanto da percepção das necessidades de gestão.

Da metade da década de 90 pra cá os gestores começaram [a considerar que] a relação [com o setor privado] precisava se profissionalizar pelo menos, ter uma outra racionalidade. A gente, como autoridade pública municipal, é responsável por essa negociação e nós precisamos interferir nisso (GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008).

Os gestores públicos necessitaram investir no incremento das estruturas institucionais para estender seu controle no sistema local. Assim, a chamada gerência de regulação começou a ser estruturada em 1995.

Nós tínhamos montado uma estratégia para fazer um controle sobre os leitos, um controle sobre as consultas, as especialidades, não é? E, bom, na verdade, isso acabou não acontecendo, eu deixei pronto uma central de leitos, que era uma prioridade nossa, porque eu tenho convicção disso, quer dizer, ou o gestor controla a porta de entrada de hospitais e tenta hierarquizar a urgência, patologias que, potencialmente, trazem risco à vida ou, de fato, a gente não regula o sistema, porque acabam os hospitais internando aquilo que lhes é mais conveniente e sofrendo também eles, porque [...] o sistema está mal montado, e há uma pressão muito grande, principalmente dos municípios do interior, que despejam os pacientes nas portas dos hospitais [...] é necessário [...] um controle sobre as internações hospitalares, que tenha uma boa central de leitos, que não seja simplesmente um distribuidor de pacientes por ordem de chegada, mas que consiga hierarquizar esse atendimento, e infelizmente o sistema não avançou nisso. [...]. Nós montamos uma central de leitos, mas ela não conseguiu operar ainda quando eu era secretário e, depois, eu acho que mudou de secretário, eles não entendiam aquilo como estratégia, acabou não acontecendo (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2007).

Em 1997 foi implantada a central de marcação de consultas e exames especializados (SILVA, 2004). “A gerência de regulação, [...] era embrionária. Ela trabalhava com algumas coisas, alguns hospitais integravam, outros não integravam, era uma coisa meio ainda experimental” (GESTOR PÚBLICO POA 3, 2008).

A gerência de regulação passou a ser o setor responsável pela relação com os prestadores privados. Concentrava as informações sobre a produção e os pagamentos. Era o setor que movimentava mais da metade do orçamento da SMS de Porto Alegre e era um locus potencial de conflito (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2006; GESTOR PÚBLICO POA 3, 2004), “[o secretário de saúde] durou um ano porque teve grandes dificuldades na parte da gerência de regulação. Foi quando se criou a central de consultas [...]” (GESTOR PÚBLICO POA 3, 2004). Para contornar as dificuldades o profissional escolhido para a gerência de regulação após esse episódio tinha um perfil conciliador derivado de sua trajetória como médico e professor da faculdade de medicina o que lhe valeu boas relações pessoais com os administradores das organizações privadas. “[...] eu tinha uma relação muito boa com todos os hospitais públicos e privados, pelo meu tipo de relação pessoal [...]. Eu tinha trabalhado dentro de todos os hospitais e a maioria dos diretores tinha sido meus alunos, então isso me facilitava muito o acesso” (GESTOR PÚBLICO POA 3, 2008).

Controlar a distribuição dos usuários na rede de atenção implicava minimizar a discricionariedade que antes gozavam os prestadores “na escolha das patologias melhor remuneradas”. O que se constitui em importante recurso de poder para o governo. “A dificuldade maior é aquela idéia que os prestadores têm de que o gestor vai interferir na atividade. [...]. [...] no primeiro momento, a gente tem um pouco de receio dessa interferência, que ele vai definir quem eu devo atender” (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

Com isso a função da gerência de regulação era controlar “a prestação de serviços e o pagamento, e o pagamento era por produção como ele é até hoje, apesar da contratualização nova” (GESTOR PÚBLICO POA 3, 2008). O processo de controle consistia em revisar cada autorização de internação hospitalar que era enviada pelos hospitais para comprovação do atendimento e solicitação de pagamento. Com base nas AIHs utilizadas era feito o planejamento da compra de serviços para o próximo período (GESTOR PÚBLICO POA 3, 2008). Constituindo-se em controle *ex post* e planejamento que reproduz comportamentos passados.

Percebe-se que embora os órgãos de regulação estivessem sendo constituídos dentro da estrutura da SMS, apresentavam problemas e não constituíam as prioridades dos gestores na década de 90. Deve-se lembrar que Porto Alegre assume a gestão semiplena em 1996 e investe na qualificação da rede própria.

O lugar que essas iniciativas ocupavam na agenda dos gestores na segunda metade da década de 90 fica explícito pela descontinuidade das ações observada no período.

Essa descontinuidade se caracterizou por várias coisas, entre elas a desaceleração de alguns projetos prioritários. Se em 1996 nós instalamos 24 equipes da saúde da família, de 1997 a 2000 foram instaladas apenas seis. E a parte da regulação, em que pese ter havido a instalação, custou um pouco, mas se instalou a central de marcação de consultas e hospitalizações, essas centrais não conseguiram afirmar a gestão sobre o conjunto dos recursos da cidade, acabou ficando uma regulação parcial (ASSESSOR TÉCNICO 3, 2004).

O relato aponta para as diferenças de prioridades entre os grupos do mesmo partido político que assumiram o governo municipal, na gestão 1993-1996 o grupo de Tarso Genro e; 1997-2000, o grupo liderado por Raul Pont. Enquanto o primeiro, no espectro ideológico da esquerda, é considerado mais moderado o segundo é tido como mais radical. Supõe-se que o grupo de Raul Pont veja com restrições a atividade de gestão do setor privado o que explicaria o limitado investimento em seu desenvolvimento. Além disso, no âmbito federal tínhamos o governo de FHC (PSDB) o que poderia dificultar o alinhamento de prioridades.

[...] existe uma ilusão de que tu consegues resolver esta relação privado/público através de medidas administrativas, jurídico-administrativas. Então tem toda uma construção no próprio Ministério da Saúde [...] de modelos [...] da chamada ‘regulação do sistema’ [...]. [...] quer dizer, tem certas coisas que estão dadas. O que tá dado? Tá dado que eu não consigo melhorar o financiamento do Sistema Único, porque eu tenho que pagar o superávit primário, que eu tenho que pagar [...] a dívida do país com credores internacionais, nacionais [...]. [...] eu não acho que a gente vai conseguir infelizmente alterar substancialmente as relações do público e do privado (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2006).

A regulação passa a tomar a atenção do governo municipal mais fortemente a partir do quarto governo petista na capital (2000-2004). Nesse assume novamente o grupo liderado pelo prefeito Tarso Genro. A SMS é ocupada entre 2001 e 2002 pelo médico Joaquim Klieman que era responsável pela gerência de regulação na gestão anterior. Em seguida assume a SMS a médica Sandra Fagundes, considerada pelos prestadores privados como a gestão mais técnica e conciliadora, voltada para a organização sistêmica da rede de serviços. Klieman atribui sua escolha para a SMS por ser médico e petista. Sandra Fagundes havia gerido a SMS de um município da região metropolitana, também governado pelo PT.

No início dos anos 2000, em virtude do legado das gestões anteriores, as ações da gerência de regulação não permitiam um bom planejamento das atividades já que a compra de serviços ainda era feito com base na produção precedente a qual era controlada de forma deficiente. “O controle, avaliação e remuneração ainda mantinha uma relação tipo inampiana [...] [isto é]: eu faço, você me paga, [o pagamento por] produção” (ASSESSORA TÉCNICA 1, 2008).

Outra dificuldade identificada dizia respeito as características das relações entre os atores. “Tinha a possibilidade de a gente dar uma re-ordenada na estrutura organizacional [de regulação], só que a gente não optou por fazer isso porque tinha que criar uma relação de confiança dos prestadores para com o gestor. Isso nos ocupou bastante tempo” (ASSESSORA TÉCNICA 1, 2008).

A gestão da SMS 2000-2004 se viu diante dessas limitações para a ação regulatória. Em 2003, o PT assume a Presidência da República, não há inflexões na política de saúde, assim percebe-se um

alinhamento mais robusto entre município e governo federal no que se refere ao SUS. O que é expresso pelos esforços na implantação dos mecanismos de regulação que eram essenciais para o desenvolvimento do programa de contratualização que teria início em 2003.

Dado que as atividades promovidas pela gerência de regulação eram voltadas ao controle *ex post* o desenvolvimento institucional estava bastante vinculado ao surgimento de situações emergenciais. Em 2001 ocorreu um fato extremamente divulgado pela mídia, conhecido como o “Caso Anita”, em que uma jovem gestante morreu no corredor de uma maternidade pública após uma peregrinação em diversas maternidades em busca de leito. Tal acontecimento gerou grande comoção na comunidade e uma série de denúncias e manifestações contra médicos e Secretaria de Saúde²⁷.

A tragédia foi atribuída à negligência médica e do governo no que se referiu à falta de leitos e à inexistência de formas de encaminhamento que evitassem a busca de atendimento pelo próprio usuário. Uma das reações a este episódio foi a criação da central de regulação de leitos de UTI neonatal.

[...] [a criação] da regulação da Central de Consultas [...] foi o primeiro passo depois foi o serviço da rede de regulação de internações, entre elas as UTIs, [principalmente] UTI neo-natal. [...] muito particularmente na minha gestão nós começamos a regular, mas não se deu continuidade, a solicitação de leitos psiquiátricos. E só com essa regulação reduzimos a utilização de leitos privados significativamente (GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008).

A regulação logrou alguns avanços se comparado à situação anterior de completa falta de controle. Entretanto, o Gestor Público PoA 3 (2008) informa que mesmo após a criação da central de regulação não foi possível organizar um planejamento das ações. “O que a gente não conseguia, de uma forma bem detalhada, era priorizar aquilo que a gente gostaria [...]. Quer dizer, o que eles [prestadores] fazem a gente controla. [Mas] eles ainda fazem muito do que eles querem e não tanto aquilo que a gente determina” (GESTOR PÚBLICO POA 3, 2008).

²⁷ É interessante notar que passados nove anos do “Caso Anita”, entidades representantes da classe médica e governo desenvolvem atividades nas quais discutem o caso. Nessas ocasiões responsabilizam um ao outro pelos danos causados e conjuntamente culpam a mídia por tê-los expostos.

Uma pré-condição para a efetividade dos mecanismos de regulação é a capacidade do gestor de acordar com o setor privado os serviços de que necessita. Para tanto precisa conhecer a demanda por saúde da população. Contudo, “a identificação da demanda é feita por meio de pesquisa burocrática”, isto é, a partir da oferta de serviços (ASSESSOR TÉCNICO 4, 2008). Em trabalho anterior verificou-se que os gestores públicos apresentavam baixa capacidade de planejamento (LIMA, 2005).

No que se refere as estratégias do gestor público para negociar a compra de serviços do setor privado, foram percebidos três tipos de comportamentos. Esses expressam o caráter da atuação do gestor municipal que se torna cada vez menos antagônico e conflitivo.

Nesse sentido, na primeira metade dos anos 90, quando o processo de descentralização era incipiente, era mais visível o antagonismo entre os atores. A estratégia do gestor público de impor seu interesse de forma autoritária acabava por impossibilitar a negociação. Tal dinâmica pode ser verificada na fala do Gestor Público PoA 2 (2006).

Uma das áreas que a gente queria que eles aumentassem e fornecessem pra nós era oftalmologia [...]. Eles não queriam nos dar porque diziam que o sistema pagava pouco. E aí nós entramos no embate: ‘nós precisamos disso! Nós [...] temos um déficit de atendimento nessa área muito grande. E vocês têm ociosidade, podem atender’. Só que eles não queriam porque o valor era muito baixo na opinião deles. [...]. E aí a gente foi para o enfrentamento: ‘nós queremos tantos procedimentos nessa área’. E eles se recusaram [...] e levaram o debate para o Ministério da Saúde (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2006).

Num segundo momento, na segunda metade dos anos 90, observa-se que o gestor público utiliza estratégias de acionar a concorrência e buscar soluções alternativas para a escassez de oferta de determinados procedimentos. Ativando uma relação menos politizada e mais técnica. Com isso demonstrava capacidade de gestão e pró-atividade que, ao contrário de uma linguagem impositiva, acabava por incentivar a aproximação com os prestadores.

A cirurgia de catarata era uma tragédia. [Eu acabei] contratando um hospital e uma equipe de 20 oftalmologistas [...]. Aí [os outros hospitais] queriam me vender consulta de oftalmologia, [...] agora não quero mais, quando eu queria vocês não me vendiam, agora eu não quero mais,

agora está resolvido o meu problema. Era um jogo, era realmente uma guerra pesada [...] (GESTOR PÚBLICO POA 3, 2008).

Nesta conformação o Gestor Público PoA 3 (2008) relata que em certas ocasiões nas quais os hospitais não dispunham de capacidade técnica para a prestação de determinado serviço demandado para o sistema público, foram feitas parcerias para utilizar a capacidade instalada privada que de outra forma estaria ociosa. Aqui se pode verificar uma inflexão na forma como o gestor público passa a se relacionar com os prestadores privados. Embora a percepção sobre a participação do setor privado fosse semelhante à do período anterior a forma como influenciava a arena de debate era diferente.

Num terceiro momento, na primeira metade dos anos 2000, percebe-se o desenvolvimento de um discurso preocupado em modificar a relação estabelecida. “A gente reconhece os limites [do sistema], conhece os nossos limites e os limites do prestador. [...] uma coisa que tem que ser rompida é a tradição que: ‘nós somos bonzinhos e eles são os bandidos’. [Queríamos] acabar com isso e começar de outro patamar” (ASSESSOR TÉCNICO 1, 2008).

Essa mudança no discurso se expressou na busca por uma inserção cooperada e organizada do setor privado no sistema público.

Nessa relação de modificação pra não ficar sempre na história da conta [para pagar]. [Decidimos] fazer um projeto conjunto. Nós fizemos o primeiro trabalho conjunto com as grandes emergências dos hospitais e mais nosso pessoal das emergências. [Fizemos] acordos para a regionalização das emergências [...]. [Com isso definimos] as atribuições de cada um. [...]. Então nós conseguimos [...] fazer avaliação de risco, de acolhimento, fazer uma equiparação tecnológica dos nossos pronto-atendimentos [...]. E nós levamos para o Ministério uma proposta [para que] os hospitais recebessem não por procedimento, mas por ser [parte de] um sistema de urgência e emergência. E receberam uns 15% a mais por isso (GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008).

A inflexão no discurso, que se expressaria nas práticas do gestor, está fortemente relacionada com a falta de efetividade das atuações mais autoritárias. De fato, a imposição por parte dos gestores locais não logrou a inserção cooperativa do setor privado. Pelo contrário, provocou uma série de conflitos que, nas falas dos informantes, era sempre expresso pela disputa pelos recursos assistenciais.

Para incentivar a inserção dos prestadores privados uma premissa necessária era a resolução de um dos principais problemas citados, a questão da dívida assistencial.

[...] como era uma relação você faz, eu pago, muitas vezes a Secretaria não pagou. Então tinha dívidas para com esses prestadores e que a gente foi, inclusive, saudando [...] e partindo para uma relação diferente, não uma relação policalesca. Mas era mesmo aquela relação em que eu faço você me paga. Se você não me paga, não tem confiança, [com isso] você não pode ter confiança no gestor (ASSESSOR TÉCNICO 1, 2008).

O Gestor Público PoA 4 (2008) relata que uma vez definido o ponto crítico do conflito iniciou um processo de amenização o que, ao mesmo tempo, ampliou sua capacidade de negociação. A utilização estratégica da questão crítica permitiu inserir no debate as prioridades de organização da rede que o gestor público pretendia empreender. Segundo relatos do Gestor Público PoA 4, Assessor Técnico 1 (2008), Assessor Técnico 3 (2004) e do Gestor Privado PoA 1 (2008) as ações realizadas obtiveram relativo sucesso e promoveram um melhor fluxo dos pacientes entre unidades públicas e unidades privadas.

Então quando eu assumi, eu assumi com essa proposta: ‘nós vamos discutir grana, quem recebe e quem não recebe, mas nós temos mais responsabilidade do que isso. Nós temos o conjunto da cidade, [...] nós vamos pensar em sistema de saúde’. Então os convidei pra ajudar a pensar um sistema de assistência hospitalar. Nós fizemos muitas propostas para os hospitais. Uma delas foi das emergências, depois foi a linha do cuidado da mãe e do bebê [que integra] [...] os hospitais com a rede básica. [...]. Realmente nós viemos pra trabalhar junto em relação ao sistema e não um contra o outro (GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008).

O resultado desta estratégia parece apontar para a subutilizada capacidade de indução que tem o governo sobre os comportamentos dos atores privados, mesmo que sejam considerados significativamente poderosos como o são na área da saúde. Além disso, demonstra a relevância de levar em consideração a visão que um ator expressa sobre a relação com o outro que, neste caso, influenciou a atuação dos gestores municipais e os resultados de suas ações.

Em 2004, José Fogaça (PPS) vence a eleição para a prefeitura, pondo fim á dezesseis anos de não alternância partidária no governo da capital. Para a SMS o vice-prefeito, Elizeu Santos, convida o

médico Pedro Gus, seu antigo professor. Gus permanece á frente da SMS até 2007, quando sai em virtude de conflitos com o CMS, em seu lugar assume o vice-prefeito.

Se as discontinuidades de ações eram perceptíveis entre as gestões do PT, com a troca de partido isso se tornou mais explícito.

Quando eu cheguei dia três [de janeiro] na secretaria tinha uns quarenta jovens de bermuda, chinelo de dedo e [boné] [...] não tinha um relatório [...]. A primeira coisa que eu fiz foi uma incompatibilidade com os hospitais, [...] o pessoal me disse: deve estar chegando dinheiro federal [para pagar os hospitais], trinta e poucos milhões. [Eu pensei] e agora o que eu vou fazer? Não vou pagar os hospitais, pois eu não sei de nada! [...] no dia quatro ou cinco de janeiro fiz uma portaria para que os hospitais me dessem duas semanas [...]. [...] na primeira semana a Santa Casa me telefonou: ‘durante dezesseis anos nós recebemos e agora que muda o governo tu já não vais pagar?’ [Respondi]: ‘eu estou chegando agora, não tem nenhum papel que diz quanto eu te devo’ (GESTOR PÚBLICO POA 5, 2008).

A situação descrita aponta para a fragilidade institucional da SMS e para a possibilidade de que a gestão das áreas estratégicas estivesse com funcionários em cargos políticos o que poderia explicar a inexistência de uma burocracia capaz de manter o curso das ações. Fato é que foi necessário um grande retrabalho para o desenvolvimento de mecanismos de gestão (GESTOR PÚBLICO POA 5, 2008; ASSESSOR TÉCNICO 2, 2008).

Quando nos referimos á fragilidade institucional tratamos das normas de funcionamento de uma dada estrutura. Nesse caso, temos uma SMS que parece fortemente dependente da ação dos grupos que a ocupam, sem a difusão e reprodução de regras estáveis. Quando muda o grupo perde-se a base, os indivíduos se mostram sem orientação para agir, não sabem o que fazer, desconhecem o funcionamento da estrutura. Uma instituição forte regra o comportamento dos atores ao longo do tempo, lhes dá segurança pela conformação de limites para a ação e reduz as incertezas do processo decisório. Decididamente não é isso que se observa nos relatos dos gestores nesse período.

Dado o legado das gestões anteriores, na metade dos anos 2000 percebiam-se significativas dificuldades na implantação de uma regulação eficiente.

A Gerência de Regulação de Serviços é um caos [...]. Nós fizemos uma reformulação para o Programa Gaúcho de Qualidade [...], segundo os ditames [...] aquele que emite uma ordem de compra não pode ser o mesmo que paga, tem que haver o que se chama de controle. Mas o que aconteceu com a GRS? A GRS era quem emitia a determinação para o hospital atender, depois também fazia as faturas. [...]. Então isso aí dava uma impressão de que nós não tínhamos controle [...]. Mas nós controlávamos tudo. [O gerente de regulação] fazia a lista [dos pagamentos para os hospitais] e nós controlávamos para ver se estava certo. Não tinha um sistema financeiro, um contador que examinava tudo, mas não tinha como fazer diferente, porque [não tínhamos] pessoal e condições (GESTOR PÚBLICO POA 5, 2008).

O informante descreve uma dinâmica pouco técnica e guiada por limitações institucionais, neste caso, principalmente, administrativas e orçamentárias. O fato de que as decisões são tomadas com base nas restrições acaba por reproduzir as práticas precedentes, nas quais as ineficiências do setor público acabam por impactar e produzir novas ineficiências no setor privado.

A deficiência institucional relatada implicava em maior espaço de ação para os prestadores privados. “[...] é obvio que se você vê que a coisa não é bem controlada, você vai fazer aquilo que você quer e não aquilo que os outros querem que você faça” (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008). Segundo o informante a dificuldade de planejamento leva o gestor a comprar os serviços de acordo com a oferta. Essa dinâmica, também relatada acima pelo Gestor Público PoA 3, acaba por tornar mais conflitiva a relação. Isto se deve, principalmente, ao fato de que há uma conformação discursiva de “culpa” pelas dificuldades do sistema. Se por um lado o gestor público as atribuía ao comportamento dos prestadores privados, por outro lado os prestadores privados as atribuía ao gestor. Entretanto, a responsabilidade pelo regramento do sistema, o que inclui a inserção do setor privado, é do gestor público. Caso esse não cumpra com seu papel, abre-se espaço para a discricionariedade dos demais.

Tem que ter um poder público controlando esse sistema. [...]. Porque o Sistema Único [...] é o único serviço em que quem compra [depois diz]: ‘ah, mas não era isso que eu queria comprar’. Então por que comprou? [Se] eu te vendo o que tu não queres comprar, então por que tu compras? Como não tem estrutura de regulação, então se joga a responsabilidade para cima do prestador (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008).

Mesmo com as dificuldades identificadas, a regulação logrou interferir na atividade do setor privado. Isso gerou novos conflitos relacionados com as modificações nos montantes de recursos

alocados para cada hospital (GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008; GESTOR PRIVADO POA 4, 2008; GESTOR PRIVADO POA 5, 2008).

Tem um leque de patologias e, dentro desse [...], os hospitais recebem mais ou menos. Às vezes têm patologias que interessam mais para o hospital, para os médicos. Então, nesse sentido, é que acho que tolhe um pouco essa liberdade. [Por isso] às vezes dá um pouco de conflito entre o prestador e a central [de regulação] (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

A dinâmica instaurada pela operação da regulação dos serviços modifica completamente a prática anterior. Se antes a regulação dos serviços que seriam prestados era feita “pelas emergências”, isto é, pela porta de entrada dos hospitais a qual era receptora da chamada demanda espontânea. A partir do estabelecimento dos mecanismos regulatórios os hospitais passariam a receber usuários encaminhados pela SMS. Isto significa que a partir do diagnóstico médico quem definiria o destino do usuário seria a SMS. Em última instância a central de regulação que definiria a distribuição das “patologias” entre os hospitais prestadores de serviços.

Este processo muda a arena na qual era definida a alocação de recursos do sistema, da arena privada para a pública. Promovendo uma centralização decisória na SMS que amplia seus recursos de poder.

Tal dinâmica pode ser verificada na fala do Gestor Privado PoA 5 (2008). Com a centralização da distribuição das “patologias” na SMS torna-se importante estabelecer uma boa relação com a instituição, pois o equilíbrio financeiro do hospital depende do equilíbrio entre a prestação de serviços bem e mal remunerados. A construção de um “[...] bom relacionamento [com a central de regulação]” foi uma forma encontrada para minimizar as consequências de um processo visto como “[...] muito manipulado [...]”. O prestador relata que há utilização política da distribuição das “patologias” para os diversos hospitais, contudo sua capacidade de participar desta partilha dependia de sua pré- disposição em aceitar algumas condições. Com isso, a estratégia utilizada implicou em “atender os casos mais complicados [...] porque na medida em que tu és um prestador que resolve o problema, tu és parceiro

do SUS”. Aqui, os casos considerados mais complicados são aqueles cuja remuneração é considerada baixa.

Nesse contexto, o ânimo do prestador em ofertar os serviços cuja demanda é alta e a remuneração baixa torna-se uma estratégia para melhorar sua posição no arranjo. Nas palavras do ator, “ter boa vontade em atender as demandas da central conta pontos [...]”. A recompensa por tal comportamento seria o encaminhamento das “patologias” que mais interessavam ao hospital. “O que se constrói é isso, é ser parceiro, não só o hospital, mas o gestor também. À medida que ele tem essa parceria, ele também vai flexibilizar pacientes que interessam mais [...]” (GESTOR PRIVADO POA 5, 2008).

O estabelecimento da relação entre os atores, nesta situação, foi iniciativa do prestador induzido pelas regras do jogo. A centralização decisória sobre o fluxo de usuários retirou a escolha da arena privada. Assim, para obter os ganhos de trabalhar com o sistema público os prestadores se viram empenhados em atender “as demandas da central”.

O mecanismo de regulação trouxe mais estabilidade para as relações diminuindo as incertezas no que se refere ao financiamento. “[...] a regulação é um ponto muito positivo para os prestadores. Porque, na medida em que o paciente é encaminhado através do gestor [...] ele é um compromisso, de certa forma, entre aspas, do pagamento” (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

A partir do momento em que são garantidas as condições e montantes dos pagamentos os hospitais podem melhorar sua gestão administrativa e financeira. Incrementando a capacidade de planejamento.

[...] é um sistema que facilita, porque, na medida em que está definido o que vais atender, a responsabilidade é com aquilo ali [...]. Na medida em que a gente vai conhecendo o sistema, a gente não vê mais queixa do lado do prestador. A gente tem, por exemplo, traumatologia, que a nossa demanda vem encaminhada, então o médico diz: eu posso operar tantos pacientes esta semana, pode liberar. Então é uma facilidade para a gente trabalhar (GESTOR PRIVADO POA 5, 2008).

A promoção da organização da rede por meio destes mecanismos tem como consequência a ordenação dos trabalhos de ambos os atores, gestores públicos e privados. A aproximação com os prestadores permitiu um maior conhecimento da rede assistencial o que incrementava a capacidade de interferência.

[a relação com os hospitais] mudou e foi uma coisa muito trabalhada. A gente reunia uma vez por semana com cada hospital, estávamos sempre lá, inventando, negociando isso, negociava aquilo. Foi muito difícil, mas foi muito fértil, acho que houve uma organização concreta, no fim, a gente sabia qual era o tamanho do nosso universo, o que que tinha e o que que era gordura, o que que a gente podia realmente agregar ou cortar (GESTOR PÚBLICO POA 3, 2008).

Percebe-se que num primeiro momento os gestores privados se mostraram reticentes em relação às mudanças. Contudo seu posicionamento contrário não foi suficiente para impedi-las. Tal resistência se devia a atuação pretérita dos gestores públicos relacionada, principalmente, aos atrasos e inclusive não pagamentos de serviços prestados. Salienta-se que essa herança os gestores municipais receberam do INAMPS, mas sua atuação autoritária no princípio do processo de descentralização contribuiu para manter o quadro de instabilidade nas relações.

Contudo, uma vez que se desenrolava o movimento de atribuição de competências e responsabilidades aos gestores públicos isso praticamente representou uma maior interferência destes na gestão e regulação do sistema. A necessidade de gerir a rede passava pelo controle dos serviços prestados, empiricamente a criação destes controles estabeleceu ordenação numa arena na qual os atores eram significativamente autônomos, ou melhor, desregrados. Isso não era uma situação considerada boa para os prestadores, mas seu temor se baseava no entendimento de que a interferência pública viesse sem o acompanhamento de contrapartidas.

O aumento da interferência dos gestores públicos na prestação de serviços privados representaria também um maior comprometimento do público em relação ao privado. Conforme visto, a inserção desses nas políticas municipais passou pelo reconhecimento por parte do gestor público de que era

necessária uma atuação conjunta e que o município se responsabilizaria politicamente pelo sistema de saúde assim como trabalharia para saldar as dívidas existentes.

Com isso, insere-se o prestador privado como parceiro na reformulação do sistema e transforma sua resistência em cooperação. “Tanto nós, prestadores, como os serviços públicos, temos muito que avançar ainda. Nós, nesse sentido de prestar o melhor serviço e talvez tentar mesmo, dentro dessa defasagem, melhorar cada vez mais o nosso processo de gestão” (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008).

Deve-se elencar duas dificuldades da parte do gestor público para estruturar mecanismos de gestão no município. Primeiro, muitas iniciativas foram interrompidas pelas trocas de governo, truncando o desenvolvimento de capacidades gerencias na área da regulação. Embora a cidade de Porto Alegre tenha sido governada desde 1989 até 2004 pelo Partido dos Trabalhadores, devido às diferenças entre os grupos que se alternavam no poder era comum uma gestão não persistir nas ações pretéritas (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2007; GESTOR PÚBLICO POA 3, 2007; GESTOR PÚBLICO POA 4, 2007, GESTOR PÚBLICO POA 6, 2004; ASSESSOR TÉCNICO 3, 2004).

Segundo, verificou-se que na sucessão do governo municipal de 2005 – após dezesseis anos do PT na prefeitura, na qual assumiu o Partido Popular Socialista (PPS), houve um grande retrocesso em relação às ações desenvolvidas anteriormente.

Percebe-se que tanto a fragmentação partidária quanto a sucessão governamental impactaram de forma negativa na gestão e implementação da política de saúde no município. Expressando o caráter partidário e, portanto temporário (pelo menos em uma democracia), da administração pública.

Com base nas informações apresentadas pode-se aferir que a relação entre os atores foi se tornando mais cooperativa a medida que o gestor público passou a regravar e organizar o sistema. Contudo,

algumas dificuldades no que se refere à capacidade de gestão do setor público não parecem ter se desvanecido.

Nesta conjuntura crítica observamos as tentativas de ampliação da intervenção do gestor local. Nesse sentido, há um reforço na trajetória iniciada com o processo de descentralização. De acordo com os dados, as dificuldades na efetivação dos mecanismos de regulação não se devem, prioritariamente, a limitações institucionais, mas sim político-ideológicas.

Conjuntura crítica: o programa de contratualização

A questão da formalização da participação dos serviços privados no sistema público embora fosse uma preocupação desde o princípio do processo de descentralização só mereceu iniciativas mais efetivas a partir de 2005. O desenvolvimento dos mecanismos regulatórios é uma pré-condição para que a formalização fosse eficiente, pois o estabelecimento de contratos pressupõe acordos sobre o que será ofertado no futuro. Sendo assim, pode-se perceber a natureza processual da implementação do Sistema Único de Saúde.

Nesta fase do desenvolvimento do sistema temos novamente a presença marcante do Ministério da Saúde. Claro que todo o regramento do sistema de saúde é emanado desta instituição que é a formuladora da política nacional de saúde. Salienta-se, no entanto, que enquanto na primeira fase sua atuação foi bastante incidente o mesmo não ocorreu na segunda fase, na qual os municípios se preocupavam em operacionalizar suas novas prerrogativas. Agora novamente vemos a iniciativa do governo central para promover a organização da rede, principalmente por meio normativo e financeiro.

O chamado “processo de contratualização” avança no sentido de reger e organizar as relações entre os atores públicos e privados. Tal objetivo seria operacionalizado por meio do estabelecimento de um contrato de prestação de serviços.

[A] contratualização [...] é uma nova forma de contratação de serviço do SUS, para os procedimentos de pequena e média complexidade. O SUS, até então, estabelecia um teto financeiro [para os hospitais], com a contratualização, as regras mudam um pouco. Os hospitais vão contratar uma média de atendimentos. Mas o pagamento [...] não fica vinculado diretamente à produção. O hospital tem o compromisso de realizar aquele número de transações [...] dentro de um limite de mais de 5% e menos de 5%. Atinja ou não aquela porção contratada, o pagamento se dá [...]. Mas o compromisso, evidentemente, é o de manter aquele nível de produção contratada. Porque o contrato [...] é revisto. Se o hospital não atingiu a meta contratada pode sofrer as consequências de ter o seu limite financeiro reduzido. Se [produziu] a mais, há possibilidade de um reajuste para mais se houver disponibilidade financeira do SUS (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

O contexto mais geral no qual se desenvolve o programa de contratualização é marcado pela difusão na administração pública do chamado modelo gerencial. Que nada mais é do que a apropriação e adaptação para a gestão pública de teorias desenvolvidas para a administração privada. Modelos que na década de 90 eram rechaçados pelos partidos de esquerda.

O programa pretende inserir um componente sistêmico, aproximar gestores públicos e privados, modificar a lógica de utilização da capacidade instalada e vincular o financiamento dos serviços ao alcance de metas quantitativas e qualitativas, conformando a gestão das instituições privadas. “[A contratualização] é uma relação que passa pelo ensino e pesquisa de acordo com as necessidades do SUS, pela gestão do hospital de acordo com as necessidades do SUS e com a assistência, de acordo com as necessidades do SUS municipal” (ASSESSOR TÉCNICO 1, 2008).

Percebe-se mais uma vez a tentativa de inserir os serviços privados no sistema público de acordo com as “necessidades da gestão municipal”. A diferença mais marcante é que desta vez a adesão ao programa foi incentivada por mecanismos financeiros.

[o processo de negociação], não foi fácil, mas todos [prestadores] tiveram aumentos, isso é verdade. Porque o Ministério trouxe mais dinheiro [...] ele [o ministro da saúde] mandou abrir a mão para Porto Alegre, facilitou, não foi, vamos dizer, maléfico conosco. [...] alguns hospitais

ganharam mais um milhão por mês; o outro, dois; o outro ganhou mais quinhentos mil. [...] só que ficou assim: eles [prestadores] teriam que fazer aquilo e nada além daquilo. Com a contratualização eu não posso mais sobrecarregá-los (GESTOR PÚBLICO POA 5, 2008).

Ao mesmo tempo em que conforma a atuação dos hospitais privados, a normatização federal também delimita as práticas da gestão municipal. Restringindo a utilização dos serviços privados por meio da pactuação prévia. Cabe destacar que o foco do programa era superar uma limitação do sistema: a prestação de serviços de média complexidade. Não por acaso é a área para a qual há uma grande demanda e os procedimentos são considerados remunerados abaixo do custo. “[...] o contrato foi mais na média complexidade que é onde tinha a maior defasagem. Fizemos alguns ajustes de metas e eles passaram a receber até 15% a mais [...]” (GESTOR PÚBLICO POA 5, 2008).

O Gestor Privado PoA 2 (2008) informa que a formulação do processo de contratualização foi bastante centralizado no Ministério da Saúde, “[...] eu quando olho uma coisa teórica e ela não existe na prática, eu fico inseguro, eu não conseguia ter uma visualização, digamos assim, muito correta [do programa de contratualização]”. O desenho do programa foi apresentado por meio de Portarias Ministeriais, as quais os gestores privados tentavam compreender “porque depois nós é que vamos ter que botar em prática!” (GESTOR PRIVADO POA 2, 2008).

Uma das modificações mais significativas trazidas com o programa foi em relação ao modelo de pagamento dos serviços e sua vinculação ao cumprimento de metas. Primeiramente, seriam definidos “pacotes” de procedimentos de média complexidade²⁸ que seriam pactuados entre os atores. Os prestadores passariam a receber o pagamento antecipado para o quantitativo acordado. Para cada grupo de serviços seriam definidas metas quantitativas mínimas e máximas que seriam revistas trimestralmente.

²⁸ Lembra-se que a modalidade de financiamento denominada orçamentação mista prevê o pagamento por série histórica para os procedimentos de média complexidade e mantém o pagamento por produção na alta complexidade.

[...] tem mês que tu produces mais e outros meses que tu produces menos. O mês que tu produces mais, na contratualização, tu perdes; em compensação, o mês que produces menos, eles te pagam. [...]. Nesse sentido, a contratualização é boa, porque tu consegues fazer uma programação do teu fluxo de caixa melhor (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

Além do cumprimento das metas de produção são pactuadas também as metas chamadas qualitativas que se referem às taxas usualmente utilizadas para medir a qualidade da assistência à saúde em hospitais.

[...], por exemplo, você se compromete a diminuir a taxa de cesarianas, garante o acompanhante durante o parto; garante a relação com a rede e a marcação de consulta da mãe e da criança na saída do hospital. Esses são [...] alguns indicadores de qualidade do atendimento. Por isso [os prestadores] ganham a mais se cumprirem, se não cumprirem, no mês seguinte diminui [o montante de recursos] (GESTOR PÚBLICO POA 5, 2008).

Para operacionalizar o programa seriam necessárias algumas pré-condições. Primeiro, o gestor público precisaria mensurar as necessidades de saúde da população. O que dependia de capacidades de planejamento e de informações sobre a demanda por serviços. Contudo, como vimos na conjuntura pretérita, a demanda era mensurada de acordo com a oferta de serviços.

[...] o secretário [de saúde], que vai executar lá na ponta, via de regra ele negocia a partir da oferta que é dada pra ele. Se hoje o hospital me dá A, B, C, D, eu vou, no contrato, querer que ele me garanta a continuidade daquilo que ele me dá. Em geral não existem as condições do gestor de fazer um bom diagnóstico das necessidades da população do ponto de vista epidemiológico pra ele determinar o que ele quer. Então quando você está com o dono do hospital você pensa: eu preciso do que? [...] (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2008).

Segundo, era preciso vencer as resistências dos gestores privados que se estruturaram em torno de duas discussões: sobre os laudos excedentes e o “código 7”.

Nos filantrópicos [a Portaria] sofre duas críticas básicas, uma que ela extingue o tipo sete. No tipo sete, o médico recebe na sua conta [pessoal] diretamente do Ministério. [...]. Extinguindo o tipo sete o hospital passa a receber tudo e aí ele paga o médico. Outra crítica é que existem muitos laudos excedentes. Ou seja, laudos emitidos que não tem AIH porque o limite está estourado (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008).

Uma das questões conflitantes se referia a definição da série histórica de serviços, base das pactuações. Existiam duas séries históricas: a paga e a produzida. Os “laudos excedentes”, também chamados de “contas-gaveta” e “AIHs-de-gaveta”, dizem respeito a serviços que o hospital produziu acima dos limites (tetos financeiro e assistencial) e que não foram pagos pelos gestores públicos.

Nós não conseguíamos pagar o total da produção. [...] a Secretaria estudou a série histórica e definiu um teto financeiro para cada hospital. Então cada mês já estava pré-definido [...] o valor [...]. Se eles produzissem a mais, isso não era pago. Eles engavetavam essas AIHs [...]. Af se um mês eles produzissem menos, podia usar as AIHs que tinham um prazo de 6 ou 8 meses [...] (GESTOR PÚBLICO POA 2, 2008).

A fala do informante remete às debilidades da gestão, a estratégia para resolver o problema da alta produção foi limitá-la pelo lado do prestador. Mesmo que fosse a alternativa mais viável (é mais fácil limitar oferta do que organizar a demanda), não era a que traria os melhores resultados para a população.

De acordo com a norma do Ministério da Saúde a contratualização seria feita com base na série histórica paga o que mantinha os prestadores na mesma situação, de subfinanciamento. “Não era o que tu estavas produzindo, mas sim a série histórica do que eles estavam te pagando” (GESTOR PRIVADO POA 2, 2008). “Se tu contares os laudos excedentes, o que é produzido é muito mais do que é pago” (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008). Como não estavam claros os termos da contratualização havia o temor de que a “dívida de gaveta” não pudesse mais ser resgatada.

Os grandes hospitais têm valores de produção na gaveta. Porque passou do teto, eles não vão pagar, então não apresentamos. No mês seguinte pegamos esse que está na gaveta e apresentamos [ao gestor público], e guardamos na gaveta o resto. Entendeu? Nós sempre temos isso. Quando foi nessa época [da contratualização] nós discutimos isso: ‘e agora? Eles não estão pagando e eles não vão pagar mais isso?!’ (GESTOR PRIVADO POA 2, 2008).

Outra questão que gerou polêmica foi o “código sete” que se refere a uma categoria de pagamento de profissionais médicos na qual o Ministério da Saúde os remunera diretamente. “[...] No passado os hospitais ficavam com o dinheiro dos médicos, então entrava o dinheiro, tu estavas afogado de dívida, ia pagando [...]. Então no governo do Jair Soares, ele criou o tipo 7. Se colocar o tipo 4, vem tudo na conta do hospital. Se colocar na AIH o tipo 7, os honorários vão no CPF do médico [...]” (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

A contratualização impôs, no primeiro momento, a extinção do código sete e sua substituição pelo código quatro. Esse centraliza todos os recursos repassados para o pagamento dos serviços produzidos

no hospital que deverá por sua vez efetuar os pagamentos dos médicos. “Os médicos não querem porque não querem estar atrelados à conta do hospital. O hospital não quer porque tem medo de configurar algum vínculo empregatício” (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008).

Na maior parte dos hospitais a mão-de-obra médica não é contratada [...] os médicos trabalham, mas não tem uma ligação direta com os hospitais. [...]. Como os médicos não são empregados, esse pagamento aos médicos certamente representaria um passivo trabalhista importante, na medida em que amanhã ou depois os médicos poderiam reivindicar vínculo empregatício. Aí praticamente quebraria os hospitais. Então essa era uma ameaça que existia embutida nessa questão da contratualização (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

A reação a essas exigências, apresentadas por meio de Portarias das quais os prestadores relatam não ter participado de sua discussão, foi “uma rejeição muito grande por parte dos hospitais” (GESTOR PRIVADO POA 2, 2008). “Os [hospitais] filantrópicos não queriam assinar. A Federação dos Filantrópicos se posicionou contra, o Sindicato dos médicos se posicionou contra” (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

As dificuldades vislumbradas com a implantação do programa de contratualização catalisaram a agregação dos atores produzindo ação coletiva concretizada no “Movimento Mais Saúde para o SUS”²⁹. O centro do discurso era a denúncia do subfinanciamento visto como “o principal fato desencadeador da precariedade de acesso e até da exclusão de milhões de brasileiros das ações e serviços de saúde” (MOVIMENTO MAIS SAÚDE PARA O SUS, sd). Os prestadores apostaram que o contexto vigente de modificações institucionais seria uma oportunidade de discutir reajustes na tabela de procedimentos, pois o governo dependia deles para implementar o programa. Calcularam assim, que era um cenário favorável para negociações. “A Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos entendeu que junto com essa negociação da contratualização, deveria colocar questões de remuneração do SUS no elenco de assuntos a serem discutidos com o gestor público de saúde, além de outras questões tipo a remuneração dos médicos” (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

²⁹ <http://www.maissaudeparaosus.org.br/>

No documento desenvolvido pelo Movimento são apresentadas as consequências do subfinanciamento para os hospitais, quais sejam: impossibilidade de sobrevivência na assistência ao SUS; redução da oferta de serviços; perda gradativa da qualidade assistencial; depreciação física e tecnológica; endividamento com bancos e fornecedores; não recolhimento de tributos; atrasos e defasagens salariais; intervenções públicas; atos de má gestão; dilapidação patrimonial, dentre outros. Participaram do Movimento 33 entidades³⁰ ligadas ao setor saúde.

Formamos o Movimento mais Saúde para SUS. Esse movimento pressionou, pressionou, a gente queria que se desse ao Rio Grande do Sul um tratamento especial, em função de que aqui o SUS filantrópico é que faz a verdadeira atenção à saúde pública. Percebemos que ninguém vai tratar o Rio Grande do Sul de forma diferente, o SUS é um sistema nacional e o que se faz para o Rio Grande do Sul vai se fazer para os outros estados (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008).

Além da questão do financiamento outra queixa inserida no debate dizia respeito à imposição, expressa na Portaria n. 1.721, de um prazo para a efetivação da contratualização sob o risco de não recebimento do incentivo de adesão à contratualização (IAC).

Pode-se dizer que o grau de dificuldades encontrado na implementação do programa é em grande medida decorrente da baixa participação dos atores privados na discussão sobre sua formulação. Num primeiro momento, não havia clareza sobre a forma como seriam concretizadas as disposições das Portarias. Para superar essa dificuldade os hospitais se organizaram para estudá-las. Além disso, os

³⁰ Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (Cremers), Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers), Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amarigs), Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul, Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul, Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Rio Grande do Sul (Sindisaúde), Federação dos Empregados em Serviço de Saúde do Rio Grande do Sul (Fessers), Associação Brasileira dos Usuários do SUS (Abrasus), Conselho Estadual de Saúde, Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul (Ajuris), Ordem dos Advogados do Brasil – RS (OAB), Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (Famurs), Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (Assedisa), Cúria Metropolitana de Porto Alegre, Fórum dos Conselhos Profissionais, Fórum de Defesa do Consumidor, Conselho Regional de Administração, Conselho Regional de Farmácia, Conselho Regional de Odontologia, Conselho Regional de Psicologia, Conselho Regional de Fisioterapia, Conselho Regional de Nutrição, Federação das Associações Comerciais e de Serviços do Rio Grande do Sul (Federasul), Associação dos Portadores de Parkinson, Associação Porto-Alegrense de Hiperatividade e Déficit de Atenção, Associação dos Celíacos/RS, Associação dos Transplantados e Portadores de Doenças Crônicas do RS, Associação dos Amigos, Parentes e Portadores de Ataxia Dominante, Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn/RS, Federação Gaúcha de Ostomizados, Associação dos Portadores de Hepatite Crônica do Estado do Rio Grande do Sul, Centro dos Hemofílicos do Rio Grande do Sul.

prestadores foram à Brasília receber orientações, o que pareceu não foi suficiente para sua devida compreensão. Somado a isso, havia a fragmentação do desenho do programa em cinco Portarias Ministeriais.

Nessa conjuntura, o Movimento Mais Saúde resultou na instauração de uma ação na justiça da Federação dos Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul contra o Gestor Público.

O dinheiro que dão para a gente é muito pouco, então, quando estava se viabilizando a questão da contratualização, o que fizemos? [...] entramos [...] na justiça contra a contratualização. Nós dissemos que era um absurdo contratualizar, exigir prazo, sem o recurso suficiente [...]. Daí o tribunal federal da 4ª região nos concedeu uma liminar e passamos a contratualizar na medida em que os hospitais quisessem não na pressão do gestor. Isso aconteceu de forma muito mais demorada aqui no Rio Grande do Sul exatamente por isso [...] (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008).

O Movimento Mais Saúde obteve sucesso na manutenção do tipo sete para os hospitais filantrópicos do Rio Grande do Sul e na prorrogação do prazo para contratualizar, mas fracassou na demanda pela utilização da série histórica paga como base das negociações dos contratos. Um resultado não previsto considerado positivo da mobilização foi a união das diversas entidades que atuam na área da saúde e que comumente se apresentam como adversários nas arenas de debates.

[...] em função desses avanços conseguimos juntar seguimentos que têm interesses bastantes diversos dentro do sistema, que são o Conselho Regional de Medicina, Sindicato Médico, Associação Médica, Conselho Estadual de Saúde, Associação dos Usuários do Sistema Único de Saúde, Federação dos Municípios, dirigentes municipais de saúde. [...] avançamos muito nessa aproximação [...] todos trabalhando em conjunto em prol de busca de mais recursos (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

A punição para a protelação do prazo para a assinatura dos contratos foi a perda do IAC. “Porque entramos com processo na justiça e não contratualizamos no prazo nós demos um tiro no nosso pé. [...] começamos a contratualizar em novembro de 2007 [...] e não recebemos o incentivo [...]” (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008).

O incentivo à adesão se mostrou eficiente na medida em que os prestadores se sentiram obrigados a aceitar os termos mesmo que deles discordassem. “[...] a gente chegou à conclusão de que [...] ou nós

contratualizamos e concordamos com as regras do sistema ou caímos fora do sistema. E cair fora do sistema não dá [...]” (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008).

Com isso, teve início o processo de elaboração dos contratos. O contrato é uma novidade na relação entre os atores. Tradicionalmente os serviços eram prestados de forma pouco formalizada o que gerava insegurança para o prestador privado.

Nós tínhamos o entendimento não escrito com a secretaria municipal da saúde no sentido de atender os pacientes do pronto-socorro municipal. Isso gerava um excedente de produção que ultrapassava o nosso teto financeiro. [...]. A partir de julho [de 2007] o gestor público deixou de pagar esse excedente, [...] mas nós continuamos atendendo esse pronto-socorro. Isso gerou uma defasagem financeira que chegou quase a um faturamento líquido mensal [...] (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

Com o estabelecimento de contratos caminhava-se para uma maior profissionalização do setor saúde. Cabe lembrar que o Ministério da Saúde definiu todos os termos das pactuações em portarias, conforme exposto em capítulo anterior. Havia um prazo para que os hospitais assinassem o contrato e havia um modelo de contrato definindo os indicadores que deveriam ser pactuados. A ação do município era bastante constrangida pelas determinações das Portarias, contudo, pelo menos em 2005, havia forte alinhamento do governo municipal com o governo federal. O fato de o programa ser de autoria do PT promovia o engajamento dos gestores locais em sua implementação.

O Gestor Público PoA 4 (2008) informa que foi criado um grupo de trabalho específico para executar o programa. Promovendo discussões e aproximando os atores. “[Nas negociações] os hospitais participaram todos conjuntamente com a secretaria. Claro que a gente sempre diz assim: ‘é, mas poderíamos participar mais, a Secretaria impôs’ (GESTOR PRIVADO POA 1, 2008). O gestor municipal na função de executor a política do Ministério argumenta que sua função é impor as regras e que as limitações nas negociações são próprias do desenho do programa, a política é do Ministério e não cabe contestação (GESTOR PÚBLICO POA 1, 2008; GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008).

Os gestores privados reclamam que os termos do contrato não eram flexíveis. “O contrato é de adesão, não cabe alteração. Faz parte de um modelo de saúde do governo federal. [Numa] das reuniões que eu participei lá na Federação, falou-se dessa questão: se era contrato deveria ser negociado” (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

Uma das questões que restringe as possibilidades de negociação, segundo os prestadores, é a utilização de séries históricas como base das pactuações.

Como é que o gestor vem propor um contrato [...]? Ele vem propor em cima de uma média histórica de relacionamento da instituição com o Sistema Único de Saúde nos últimos anos [...]. O que se quer é formalizar uma relação, é saber que eu vou realizar 100, porque está escrito que eu tenho que realizar 100. [...] então não existe muita flexibilidade nessa negociação (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008).

O uso de séries históricas baseia o novo procedimento em uma prática antiga. A escolha desta base faz com que a percepção de mudança fosse minimizada e os atores que num primeiro momento acreditavam que se fariam significativas mudanças acabam por adequar o discurso à realidade. A implementação do plano em uma conjuntura de limitações institucionais, tanto dos atores públicos quanto privados, modifica a política. Neste caso, o que foi operacionalizado foi o que era possível de sê-lo. O potencial do programa de modificar o contexto de gestão ficou comprometido e “a contratualização acabou sendo entendida com um novo modelo de financiamento [...]” (ASSESSOR TÉCNICO 1, 2008). “[...] Em nossa opinião, a contratualização é mais uma formalização do que uma melhoria [...], não vai se fazer mais só porque está se contratualizando [...]” (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008).

Nesse caso, temos a persistência da utilização de procedimentos que são marcos do arranjo prévio em uma conformação institucional diversa, que inclusive almeja modificar as relações estabelecidas. A dificuldade de estabelecer outra forma de financiamento resulta na resiliência de processos, que mesmo

que já tenham se mostrado ineficientes, constituem-se na alternativa mais viável na presença das limitações.

As negociações possíveis eram referentes à composição dos pacotes de serviços. O gestor público utilizou a oportunidade para incentivar o gestor privado a ofertar aqueles serviços considerados mal remunerados pela tabela SUS (GESTOR PÚBLICO POA 4, 2008). “Tem hospitais que querem trabalhar na altíssima complexidade que tem uma remuneração melhor. Aí é hora de o gestor propor: ‘bom, [...] você quer fazer o procedimento do transplante, mas eu preciso de consulta [...]’. Essa é a negociação possível (GESTOR PRIVADO POA 3, 2008).

O contrato envolve a pactuação de metas para indicadores quantitativos e qualitativos. Para os gestores hospitalares essa exigência gerou necessidade de melhorias na administração das informações concretizada no desenvolvimento de ferramentas de acompanhamento e controle dos serviços prestados. Isso acontece principalmente porque além da definição e monitoramento de indicadores, tarefa bastante incipiente para a gestão dessas organizações, haveria a necessidade de modificar o manejo das AIHs. Com a prática da “AIH de gaveta” a produção excedente em um período era “estocada” para ser “utilizada, grande parte, nas épocas de baixa produção. Agora [...] [se produzirmos] mais, não teremos como recuperar, isso certamente vai exigir um controle bem mais rigoroso dos hospitais em relação ao serviço prestado” (GESTOR PRIVADO POA 5, 2008). “[...] [a contratualização] vai exigir dos hospitais um controle mais rigoroso da prestação de serviço [...] [mas] não sei a que conclusões que a gente pode chegar em relação a assistência da saúde à população” (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008).

Alguns relatos apontam para a descrença em relação ao programa justamente porque os atores não conseguiram visualizar qual o impacto teria estas normatizações na sociedade (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008; GESTOR PÚBLICO POA 5, 2008; ASSESSOR TÉCNICO 2, 2008). A formulação

centralizada, as diversas exigências, as mudanças incrementais, a utilização da série histórica e a manutenção de fragmentação na produção de serviços faziam parecer que a intervenção era um procedimento burocrático que visava estabelecer uma formalização nas relações e não uma modificação no cenário de prestação de serviços.

Na medida em que prevê o cumprimento de metas e as vincula aos repasses de recursos, a contratualização exige que o gestor público controle os contratos. Aqui se evidencia novamente a fragilidade institucional da gestão municipal. O Assessor Técnico 2 (2008) relata que a SMS não tinha estrutura administrativa para acompanhar o contrato, “com o pagamento global os hospitais produzem menos do que pactuam. Já que a SMS não acompanha os contratos e a tabela [de remuneração do SUS] não foi reajustada”. Aqui a deficiência institucional se expressa na falta de mecanismos de controle dos serviços prestados o que remete à manutenção da prática do pagamento por produção mediante a simples apresentação da fatura.

A limitação institucional da secretaria permite a reprodução dos arranjos pretéritos, nos quais os hospitais, diante das limitações de financiamento, acabam sendo incentivados a maximizar sua remuneração.

Era difícil a fiscalização, são X hospitais e eu não tenho esse número de fiscais. [...]. Então o que eles [prestadores] diziam que faziam, [...] eu tinha que aceitar; se eles alcançaram a contratualização ou não, eu não sei [...]. Eu não acho que seja o ideal, porque contrato global depende muito se os dois lados trabalham sério. Um contrato é o seguinte, tu fazes um caso, eu te pago um caso; faz dois casos, eu te pago dois casos; [...] isso já é uma situação mais ou menos de equilíbrio. Agora eu te pago tanto por mês e eu não tenho como fiscalizar, tu podes fazer X ou tu podes fazer menos, não é?! Como é que eu controlo isso? (GESTOR PÚBLICO POA 5, 2008).

Em contrapartida às divergências em relação ao financiamento e a falta de opções para a definição dos termos dos contratos, os gestores hospitalares relatam que um dos benefícios do novo arranjo está relacionado a regularidade nos pagamentos. “[...] a diferença da contratualização é que ela assegura o pagamento [...] firme e do mesmo valor [...]” (GESTOR PRIVADO POA 4, 2008). Minimizando as

incertezas decorrentes da prática anterior. Isso, por si só, já era um grande incentivo à adesão por parte dos prestadores, que estavam desejosos de iniciativas que modificassem a forma de pagamento.

Eu acho que foi uma coisa muito boa! [...]. As contas levavam 60 dias para serem pagas. Agora tu apresentas no final do mês, no que vira o mês eles já te pagam o valor fixo. Como [...] ele é decorrente de contrato, no que vira o mês eles já te pagam. Então fica uma delícia! Porque o hospital vive buscando capital de giro (GESTOR PRIVADO POA 2, 2008).

A contratualização impõe ao gestor público a organização da rede assistencial hospitalar no território na medida em que obriga ao planejamento conjunto da utilização da capacidade instalada privada. Assim, um dos produtos do processo é a definição do papel dos hospitais no sistema. Uma das iniciativas foi a vinculação das metas pactuadas à inserção do hospital na rede assistencial de seu território, formando uma ponte entre as unidades básicas de saúde e os serviços de média e alta complexidade (ASSESSORA TÉCNICA 1, 2008). “[...] nós temos nossos objetivos, nossas responsabilidades bem definidas e aí a gente trabalha dentro desse cenário. Ruim é trabalhar num cenário que a gente não está bem localizado” (GESTOR PRIVADO POA 1, 2008). A efetividade desta estratégia depende, contudo, da inserção de toda a rede hospitalar contratada. “O processo de contratualização [...] não foi concluído em Porto Alegre porque foram contratualizados parte dos hospitais do sistema” (GESTOR PRIVADO POA 1, 2008).

Com o desenvolvimento dos contratos, segundo o Gestor Público PoA 4 (2008), houve a necessidade da secretaria se adaptar às novas responsabilidades. Considerou-se que a gestão da rede privada pela central de regulação era insuficiente, sua função deveria se ater ao controle dos serviços prestados. Já o controle do cumprimento do contrato e as negociações decorrentes teriam um caráter mais político. A expressão da superação dos mecanismos regulatórios como mediadores das relações entre os atores é a mudança do lócus de interação. Antes, na Gerência de Regulação agora, no “Gabinete”. “[...] foi isso, passar de gerente pra gestor, regulando o sistema não no complexo

regulatório, mas com políticas [...] que garantissem a ampliação da universalidade e a equidade [...]. Essa foi a tarefa que acho que conduzimos com sucesso” (ASSESSOR TÉCNICO 1, 2008).

A chamada contratualização faz parte de um processo mais amplo de *empowerment* dos governos locais. Salienta-se que o Governo Federal tem papel preponderante ao garantir os recursos financeiros e o arcabouço institucional. Os gestores locais têm os recursos materiais disponíveis. Contudo, o desenvolvimento de capacidades de gestão não depende somente desses suportes.

Nesta conjuntura crítica, pode-se observar uma tensão entre as prerrogativas de gestão e as capacidades institucionais. O programa de contratualização atribui ao gestor local responsabilidades que para serem operacionalizadas necessitam do suporte de instrumentos administrativos, como regulação capaz de controlar os serviços prestados e gerar informações para planejamento. Contudo, a regulação se constitui em prioridade somente no início dos anos 2000, cinco anos antes do programa de contratualização. O que se viu é que a regulação ineficiente dificultou a negociação dos contratos e o monitoramento e controle das pactuações. Desse modo, diz-se que nessa conjuntura houve mudança incremental da trajetória institucional. Porque muito embora tenha ocorrido a implantação formal do programa, permanece uma intervenção incipiente do gestor público na oferta de serviços privados. No que se refere à conjuntura anterior temos um reforço da trajetória, inclusive em decorrência de características dela legadas. Na terceira conjuntura crítica, o principal fator que explica a mudança incremental é de ordem técnico-administrativa.

Considerações finais

Podem-se elencar algumas características da trajetória do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre.

O legado da política de saúde para o município foi uma rede de atenção fragmentada; uma relação com os prestadores privados tensa em virtude, principalmente, de dívida financeira; e uma estrutura administrativa e institucional frágil. Diante dessas características o gestor local priorizou, num primeiro momento, a reorganização da rede assistencial objetivando minimizar a fragmentação dos serviços. Além disso, foram desenvolvidas ações visando fortalecer a participação nas decisões políticas da SMS, sendo essa uma prioridade do partido político. No que se refere à estrutura administrativa foram criados os órgãos determinados pela normatização do SUS e, em relação aos prestadores, os conflitos foram resolvidos por meio de enfrentamentos e imposição das normas. Como, por exemplo, no caso do locaute no qual o gestor relatou que a SMS organizou uma manifestação em frente à instituição que se recusava a atender os pacientes do SUS e acionou o Ministério Público, tendo resolvido a situação por meio da ameaça de suspensão das autorizações para internação (AIH).

Com essas iniciativas, o gestor público manteve a situação de tensão e desconfiança na relação com os prestadores. Além disso, não apareceu como relevante na fala dos gestores públicos o incremento das estruturas administrativas internas da SMS. Supõe-se que inevitavelmente tenham, pelo menos, ampliado, mas isso não foi relatado como foco de atenção, diferentemente das questões da rede de atenção e da democratização das decisões.

Essas se tornam a herança para o momento em que começam a desenvolver a política de regulação. Verificou-se que as estruturas de regulação, as centrais de marcação de consultas e internação, foram criadas. Contudo, segundo os relatos, sua capacidade de intervenção é bastante limitada, não incorporando a totalidade dos prestadores, nem dos serviços. Isso pode estar relacionado com as restrições que tinham os governos do PT em relação a participação do setor privado na saúde.

Os mecanismos de regulação conformaram-se em controles *ex post* da produção de serviços não logrando constituírem-se em ferramentas de planejamento, mas sim de reprodução de práticas. A

fragilidade institucional se expressava na dificuldade de programar a demanda e de negociar e inserir os prestadores nos processos de controle.

A terceira conjuntura crítica tem início nesse contexto. A baixa capacidade de regulação implicou deficiências na consecução de atividades de monitoramento e controle dos contratos. As relações com os prestadores e as deficiências gerenciais limitaram o potencial inovador e transformador do processo de negociação dos contratos, de acordo com a percepção dos atores públicos e privados. Caracterizando-o pela manutenção das práticas precedentes, como as dificuldades dos gestores públicos de incentivar a oferta dos serviços mais escassos em virtude da remuneração. Claro que o programa de contratualização promoveu algumas modificações, principalmente na atividade de gestão dos hospitais privados, que relataram iniciativas de implantação de mecanismos de controle dos serviços prestados.

Além dessas características, identificamos alguns elementos da dinâmica do governo local que influenciaram na gestão e implementação da política de regulação.

Primeiro, observou-se que o *timing* da adesão à categoria de gestão descentralizada foi influenciado por disputas com dois atores. Havia uma tensão com o governo do estado para a definição dos termos da descentralização, expressa, principalmente, na disputa pela apropriação, no caso do município, dos recursos que seriam repassados pela assunção das novas responsabilidades. Por outro lado, foi relatada também a resistência do núcleo do governo municipal no que se refere à adesão, apontando para um não compartilhamento, naquele momento, do projeto para o setor. O *timing* é importante porque o que num primeiro momento é uma escolha política, num segundo momento pode ser tornar uma decisão racional. O fato de ter aderido tardiamente ao SUS influenciou o desenvolvimento da política de regulação, uma vez que havia uma hierarquia de prioridades e a necessidade do desenvolvimento de estruturas de apoio.

Segundo, a relação entre os atores públicos e privados era caracterizada por muita hostilidade, bastante perceptível nos relatos sobre o processo de descentralização. Num primeiro momento, os gestores públicos e privados promoveram um embate, no qual prevaleceram os interesses dos gestores públicos. No momento de implantação dos primeiros mecanismos regulatórios houve novamente uma situação de tensão marcada pela queda do secretário de saúde e sua substituição por um indivíduo que dada sua trajetória profissional teria maior aceitação entre os prestadores privados. A relação se modificou na medida em que o gestor público mudou sua estratégia de inserção do setor privado no sistema passando de uma postura autoritária para outra mais cooperativa, expressa nas tentativas de desenvolvimento de ações concertadas e no atendimento de demandas dos prestadores. Contudo, dado as rupturas entre os governos, essa postura cooperativa foi observada em apenas uma das gestões.

Terceiro, verificou-se que ao longo da segunda metade dos anos 90 o município se empenhou no desenvolvimento de mecanismos de regulação. Contudo, de acordo com os relatos, a estrutura resultante carece de incrementos mostrando-se bastante limitada no que se refere ao potencial de geração de informações para o planejamento. Esse se mostrou também incipiente, em vez de um projeto de mudança para o futuro expressa a reprodução de uma situação passada, que, de acordo com os relatos, era considerada negativa. Atribui-se esta fragilidade, em grande parte, às discontinuidades das ações observadas com as trocas de grupos no poder.

Quarto, as frequentes citações as discontinuidades dos programas com a troca de grupos no governo municipal. Indiretamente isso nos remete a duas questões: (a) um grau significativo de fragmentação partidária e (b) fragilidade da burocracia, impactando no desenvolvimento da política.

Quinto, além das discontinuidades entre governos do mesmo partido político, com a troca de partido em 2005 verificou-se uma mudança brusca em relação aos relatos referentes às estruturas de regulação. Isso também aponta, mesmo que indiretamente, para a carência de um grupo burocrático comprometido

com o desenvolvimento da política e para a apropriação da SMS por um corpo político-partidário. Além disso, as diferenças de prioridades entre os governos impactam no desenvolvimento dos programas e de capacidades de gestão.

Sexto, a formulação e implementação centralizada. Percebeu-se que nas conjunturas dominadas pela ação formuladora do Ministério da Saúde, regulamentação da descentralização e contratualização, os relatos tanto dos atores públicos quanto privados convergem na constatação da pouca ou nenhuma participação dos prestadores privados no desenho das políticas.

Sétimo, as regras de implantação do sistema de saúde promoveram a ampliação da ação do gestor público em seu território tendo como consequência a necessidade de elaborar uma série de instrumentos para gerir essa estrutura. Esse é um processo retroalimentor, pois uma vez que a construção de mecanismos de gestão pressupõe algumas capacidades técnicas, essas são reforçadas e ampliadas pela ação desses mesmos mecanismos. Com a expansão da ação do gestor público local é fortalecida e alargada a ação do governo federal no território.

Oitavo verificou-se a influência das regras na atuação dos atores privados. Os prestadores privados, principalmente na terceira conjuntura crítica, na tentativa de implementar o arcabouço institucional se viram na necessidade de incrementar a gestão de suas instituições. Até mesmo nas oposições às normas observou-se o efeito de catalisação de ação coletiva entre grupos da área médica que geralmente atuam de forma fragmentada no campo.

Os gestores locais se empenharam em implementar as políticas nacionais e com isso ampliaram sua ação no território e fortaleceram a ação do governo federal. No que se refere às relações entre atores privados e públicos verificou-se uma progressiva aproximação, ainda que permeada de conflitos. Contudo, os gestores privados se mostraram bastante adaptativos às regras, senão imediatamente, após

terem frustradas suas iniciativas de oposição. Frequentemente relataram a preferência por um ambiente regido no qual teriam garantidas suas demandas. Já os gestores públicos afirmaram que em geral os prestadores gozavam de muita autonomia no campo, derivado de seus recursos de poder. Os quais não foram suficientes para garantir suas preferências no novo contexto institucional. O que nos remete não à fortaleza desses atores, mas às suas possibilidades de ação dado o espaço não normatizado pelo gestor público.

CONCLUSÃO

Trabalhar com a perspectiva neo-institucional permite colocar luz nas especificidades das dinâmicas locais. Isso quer dizer que não trata de enfiar a realidade em conceitos genéricos abstratos. Pelo contrário, considera *as histórias* e permite que se observe o objeto de estudo com a curiosidade de quem não sabe a resposta *a priori*. Dessa forma, ao observar a ação dos atores em um determinado contexto institucional (implementação do Sistema Único de Saúde) identificamos um grupo de variáveis que nos auxiliaram a entender a dinâmica da política de regulação do setor privado desenvolvida pelos municípios de Belo Horizonte e Porto Alegre entre 1993 e 2008.

Abaixo são sistematizadas as conclusões deste trabalho. O texto foi subdividido de acordo com as características das trajetórias municipais. O primeiro tópico trata sobre a conexão entre o legado institucional e as trajetórias dos sistemas de saúde das capitais. O segundo, sobre a relação entre federalismo e políticas públicas, especificamente, sobre o grau de indução do governo federal sobre a agenda dos municípios e aponta algumas consequências. O terceiro tópico versa sobre a adesão ao processo de descentralização, o papel do governo estadual e do núcleo diretivo do governo municipal. O quarto desenvolve as variáveis *policy community* e características do partido político para incrementar a explicação das trajetórias. E o quinto, foca nas relações entre os atores públicos e privados e suas consequências para a política pública.

Legados e trajetórias

Pierson (2001) expõe que atentar para a influência do legado institucional nas decisões políticas implica colocar luz nas conexões entre decisões passadas e presentes. Envolve aceitarmos que o comportamento dos atores está imbricado em uma sequência de decisões e ações que reproduzem ou modificam os contextos dessas mesmas ações. O esforço que se empreenderá aqui será no sentido de

tentar explicitar essas conexões e os fatores que mais fortemente colaboraram para a mudança ou reprodução do arranjo institucional.

Na primeira conjuntura crítica, vimos que existiam forças que impeliam á mudança da trajetória da política de saúde e outras que poderiam limitar essa mudança. Os fatores que mais fortemente atuavam pela transformação eram macrossociais. Neste caso, tem-se uma variável de contexto importante que é a democratização do Estado, movimento que imprimiu sua marca também no desenho do SUS. Naquele momento pode-se dizer que havia um consenso sobre as mudanças necessárias a fazer para que o sistema de saúde refletisse a nova institucionalidade e defenestrasse as características excludentes e iníquas do regime militar. Isso foi um ingrediente importante na fase inicial da definição e difusão do desenho do SUS, na qual o papel da *policy community* nacional foi decisivo. Já na fase de institucionalizar o sistema apresentam-se novos fatores que até 1993 dificultaram sua operacionalização, como a instabilidade política e econômica e mesmo as disputas dentre atores no campo governamental da saúde que poderiam ainda imprimir mudanças no SUS por meio das decisões sobre sua implementação. Exemplo disso é a Norma Operacional Básica de 1991 que manteve muitas características da política anterior.

Com as modificações políticas de 1992, assume um novo grupo à presidência e em 1993 é editada a NOB-1993 que marca de fato o início do processo de implementação do SUS. A normatização e indução são alguns dos fatores importantes para a mudança.

Em ambos os municípios estudados verificamos que a situação da SMS no período pré-SUS era semelhante. Rede própria de atenção composta por pouco mais de meia dúzia de postos de saúde, a existência de uma extensa rede estadual na atenção primária e ambulatorial, principalmente, e uma rede hospitalar basicamente privada e federal. Tudo isso funcionamento de forma autônoma. A estrutura administrativa das SMS era voltada para as necessidades de sua rede. Não é necessário dizer que

assumir todos os equipamentos de saúde e as atividades decorrentes disso significou grande transformação na atuação dos municípios.

Nesta circunstância, poder-se-ia considerar como uma limitação institucional a falta de condições técnicas das SMS para assumir as novas funções.

Dentre as possibilidades de escolha de ação dada pela limitação institucional, Belo Horizonte escolheu trabalhar com dimensões internas ligadas à gestão da SMS. O grupo dirigente da SMS escolheu ampliar sua capacidade de intervenção por meio da criação de estruturas administrativas tais como gerência financeira e administrativa e o que foi considerado o mais importante a elaboração de um sistema de informação para subsidiar as intervenções. Temos aqui um foco mais técnico-administrativo, com a idéia de que era preciso ter uma estrutura de gestão com atividades-meio eficientes para produzir programas de saúde efetivos.

Em Porto Alegre os gestores optaram por privilegiar dimensões externas á gestão da SMS e escolheram trabalhar com a rede assistencial, com medidas de intervenção direta. Embora o município tenha criado os órgãos, assim como BH, exigidos na normatização do SUS a maior preocupação dos gestores estava ligada à organização da rede assistencial e medidas de democratização das decisões. Neste caso, temos um viés técnico-assistencial mais voltado para ações que, pensava-se, trariam retornos imediatos e diretos à população.

A partir de semelhantes limitações institucionais os gestores de saúde de BH e Porto Alegre escolheram caminhos distintos, os quais representavam trajetórias possíveis dentro do quadro institucional. Atribui-se as escolhas dos gestores a questões de ordem técnica e político-partidária. Técnica porque era necessário criar as condições para a operacionalização da mudança institucional consubstanciada no SUS, por isso o foco de BH nos processos administrativos. Político-partidária

porque o PT propunha um governo mais ativo no que se refere à produção de políticas e promoção de maior participação política, por isso o foco dos gestores de Porto Alegre nas atividades de intervenção direta. Com isso, promoveram mudanças na trajetória da política de saúde em seus territórios.

A gestão dos serviços privados é uma decorrência do processo de assunção de responsabilidades pelos municípios. Como vimos, os municípios estudados optaram por abordagens diferenciadas para a ampliação de sua ação na gestão do sistema de saúde. O que irá influenciar sua capacidade de regular os serviços privados.

Em Belo Horizonte a escolha pelo incremento da estrutura administrativa legou a possibilidade de elaborar os órgãos de regulação. Os gestores já dispunham de informações sobre as necessidades e funcionamento da rede podendo iniciar o processo de controle dos recursos assistenciais. O que se consubstancia num processo de organização da rede com a centralização de organizações estratégicas, como as portas de entrada e maternidades, descredenciamento de prestadores e inserção de critérios de qualidade assistencial para operar no sistema. Ocorre de fato uma mudança no papel do gestor público em relação aos prestadores privados.

Porto Alegre inicia mais tarde o interesse pela gestão dos serviços privados. Embora tenham implantado os órgãos de regulação também da década de 90, os mesmos não lograram controle eficiente sobre os recursos assistenciais, de acordo com as evidências coletadas. Há um fator explicativo importante aqui que se refere à perspectiva ideológica do partido político sobre a inserção da atividade privada no sistema público de saúde, que será discutida mais adiante. Neste caso, não houve significativas modificações empíricas nas relações entre gestores públicos e prestadores privados nos anos 90.

Dessa forma, vimos um aprofundamento da trajetória iniciada. O caso de Belo Horizonte explicita o caráter técnico-político de extensão de seu escopo de ação por meio do desenvolvimento de órgãos e instrumentos de controle. Já o caso de Porto Alegre demonstra o caráter fortemente político-ideológico da gestão, que escolhe suas intervenções de acordo com os ditames político-partidários.

Na terceira conjuntura crítica o fator importante para explicar sua implementação é a existência de capacidades de controle das pactuações. Enquanto Belo Horizonte já tinha iniciado um processo de controle dos serviços privados na conjuntura anterior, Porto Alegre estava iniciando as duas atividades com algumas dificuldades. Os fatores que auxiliam no entendimento da ação dos gestores nessa conjuntura são de ordem institucional e política. Institucional porque a existência de regras que orientem a atuação dos prestadores privados e permitam o controle de seus serviços constitui base para que se possa trabalhar dentro de um marco contratual. Político porque em 2005 é o governo do PT que apresenta o programa de contratualização, o qual traz alguns dos pressupostos que quando na oposição esse grupo considerava “neoliberais”, com isso temos um alinhamento entre as prioridades dos governos municipais e federal. É de interesse do governo federal que os municípios implementem o programa e produzam resultados. Se em BH a produção desses resultados se valeu das instituições de controle estabelecidas, em Porto Alegre os gestores municipais tiveram que investir mais no processo para superar os problemas relacionais com os prestadores, que não haviam sido tratados nas conjunturas anteriores. Nessa conjuntura é mais clara a percepção das dificuldades advindas das escolhas passadas.

Federalismo e políticas públicas

Se o objetivo é estudar a atuação do município na gestão e implementação de um arranjo institucional formulado centralmente, interessa verificar como se dá a interação entre autonomia e

interdependência entre os entes federados. A coordenação entre interdependência e autonomia leva a necessidade de decisões e ações negociadas. “No campo das políticas públicas, o que está em jogo, em termos de coordenação federativa, é o dilema do *shared decision making*, isto é, da necessidade de compartilhar tarefas e objetivos entre os níveis de governo” (ABRUCIO, 2006, p. 93).

No que se refere à política de descentralização, a coordenação depende em grande parte da atuação dos níveis superiores de governo. Pois a desconcentração de atribuições implica desenvolvimento de capacidades administrativas e de financiamento, além de incentivos à atuação sistêmica. Abrucio informa que no período de democratização “preocupações com a fragilidade dos instrumentos nacionais de atuação e com a coordenação federativa ficaram em segundo plano” (ABRUCIO, 2006, p. 97).

Em um contexto de ampliação das responsabilidades dos municípios na provisão de serviços de saúde e de fragilidades institucionais e estruturais o governo federal, nos anos 90, teve início uma política de indução do processo de descentralização dos serviços de saúde. Tal política desenhava-se, basicamente, sobre dois mecanismos: formulação dos regramentos e de programas que operacionalizavam o SUS e incentivos financeiros para a adesão às propostas.

Tem-se que a implementação do SUS foi induzida pelo governo central dada sua trajetória pretérita de centralização, o que lhe facultava condições de controlar o processo, e da consequência dessa conformação: a fragilidade dos municípios para assumir suas novas atribuições. No que concerne a análise feita aqui, averiguou-se que alguns momentos esta participação foi mais marcante, como no período de implementação da descentralização e do programa de contratualização.

Na fase do desenvolvimento dos mecanismos regulatórios a participação do governo central foi indireta, já que se travava de elaborar e executar procedimentos necessários para efetivar o processo de

descentralização. Contudo, nas três fases o papel do governo federal é central, atuando como formulador e incentivador da implementação, essa a cargo dos municípios. Tem-se assim um compartilhamento de tarefas entre os entes federados que se tornou eficiente dada a conformação institucional pretérita do sistema de saúde. A coordenação entre autonomia e interdependência se dá assim com a especialização dos entes federados.

Embora se possa pensar que a descentralização enfraqueceria o governo central, a forma como esse processo foi desenvolvido evidenciou uma mudança em seu padrão de atuação no que se refere à condução da política de saúde, ampliando significativamente sua intervenção. Em seu estudo sobre o desenvolvimento do poder nas sociedades humanas Michael Mann (1992) declara que se pode encontrar dois sentidos diferentes “pelos quais os Estados e suas elites podem ser considerados poderosos” (MANN, 1992, p. 168). O primeiro sentido refere-se ao que o autor denominou de *poder despótico* da elite estatal, esse tipo de poder corresponde à intervenção do Estado na sociedade sem negociação institucionalizada.

O segundo sentido é denominado de *poder infra-estrutural*, que é bem desenvolvido nas sociedades industriais e remete à capacidade do Estado de introduzir-se na sociedade civil e implementar as decisões políticas por todo o seu domínio, o que se torna possível através das estruturas institucionais. Tal poder deriva da necessidade da existência de regras fixadas monopolisticamente. “As atividades de seus funcionários são necessárias para a sociedade como um todo e/ou para os vários grupos que se beneficiam das estruturas existentes de regras que o Estado impõe” (MANN, 1992, p.178). O autor enfatiza que “a necessidade é a mãe do poder do Estado” (MANN, 1992, p.179).

Ao se afastar da prestação direta de serviços a União modifica sua forma de intervenção. Se antes da reforma institucional a multiplicidade administrativa dos serviços nos municípios expressava a fragmentação do sistema, agora há um ente federado, o município, responsável pela execução da

política, o estado como um organizador da rede no território e a União como principal agente financiador e responsável pela formulação da política nacional de saúde. Assim, a reforma propiciou o desenvolvimento do poder infra-estrutural, ou seja, o Estado capaz de espalhar suas decisões territorialmente e, ao contrário do que se poderia pensar, se tornar mais forte institucionalmente.

O governo central a partir de uma nova posição no arranjo institucional, numa conjuntura ideológica, expressa inclusive na Constituição Federal, de um Estado regulador e não mais provedor, irá exercer suas prerrogativas na política de saúde por meio da atuação dos municípios. O MS passa a dirigir o sistema não mais diretamente, mas por meio do monopólio da agenda e formulação da política, repassando incentivos financeiros para a execução de programas federais. Com isso, espalha sua ação em todo o território nacional por meio das estruturas institucionais municipais. Dadas as características sócio-econômicas e institucionais dos municípios e o legado institucional da política de saúde, a ação do governo central é necessária, sem a qual, dificilmente, teríamos atingido o grau de implementação do SUS que hoje verificamos.

Embora os municípios sejam autônomos a padronização dos programas em nível nacional é visível e amplamente defendida pelos gestores locais³¹. Assim, a agenda dos governos locais é bastante conectada com a agenda federal, que controla o *timing*, o conteúdo e a direção do sistema. A julgar pela constância da prática no tempo, pode-se aferir que isso independe do partido político que estiver no poder. Não se quer dizer que os governos municipais não possam exercer sua autonomia, mas certamente suas condições técnicas e financeiras e os repasses federais de recursos contam nas definições das prioridades municipais.

³¹ Claro que esse processo não foi isento de conflitos. Em 1994 quando o governo federal lançou o Programa de Saúde da Família como estratégia de ampliação do acesso à atenção básica os dois municípios estudados resistiram por sua execução de acordo com os moldes do MS. Belo Horizonte criou um projeto próprio, muito semelhante ao PSF (SOMARRIBA e MACHADO, sd) e os gestores de Porto Alegre argumentaram que tal estratégia não era adequada ao perfil epidemiológico dos usuários do SUS no município, acreditando que os serviços de maior complexidade deveriam ser priorizados (GESTOR PÚBLICO POA 8, 2004). Tal estratégia não foi vitoriosa, dado os incentivos para a implantação do PSF o que acabou influenciando as escolhas dos gestores locais e hoje nenhum gestor se arrisca a formular um discurso contra o programa.

Ao mesmo tempo em que o governo federal fortalece sua intervenção, promove a ampliação da intervenção dos governos municipais, pois a execução das políticas depende do desenvolvimento de capacidades dos implementadores. Embora essa não tenha sido uma preocupação dos formuladores no início do processo, a análise constatou que os gestores locais a partir do momento em que foram postos frente às novas responsabilidades passaram a desenvolver instrumentos que os capacitassem.

O desenvolvimento dos instrumentos regulatórios foi uma atividade que decorreu diretamente das necessidades de implementação do SUS. O controle sobre a prestação de serviços era condição importante para a gestão e organização da rede de atenção e para a promoção da integralidade e da hierarquia do atendimento. Os dois municípios, considerando as diferentes trajetórias, percorreram esse caminho e demonstraram esforços concretizados na criação das Centrais de Regulação dos Serviços de Saúde. O fluxo dos usuários dos serviços de saúde era considerado anárquico porque sem regramento formal. Contudo, verificou-se que existiam formas tácitas de utilização dos serviços conduzidas pelos usuários, médicos e prestadores privados. A expansão da ação da SMS se deu por meio da apropriação dos espaços antes ocupados por esses atores, minimizando sua discricionariedade. Apesar do maior (Belo Horizonte) ou menor (Porto Alegre) sucesso do empreendimento, as duas capitais aumentaram seu escopo de atuação no controle do fluxo dos usuários e dos serviços prestados.

A coordenação por meio dos planos e incentivos financeiros promove o desenvolvimento de capacidades de gestão dos municípios. Em outras palavras, as instituições influenciam o comportamento dos atores e suas preferências. Contudo, a dependência financeira ainda é significativa e pode minar a possibilidade de que essas capacidades gerem inovações dado o baixo incentivo para o desenvolvimento de capacidades de formulação e financiamento.

Dessa forma, a descentralização do sistema de saúde no Brasil ampliou a intervenção do Estado o que foi concretizado pela mudança no padrão de intervenção do governo federal, passando de provedor

a formulador e incentivador da implementação e; pela ampliação das responsabilidades dos governos municipais como provedores de serviços e implementadores da política.

Descentralização e a política de saúde nos municípios

Embora todas as iniciativas que digam respeito à ampliação do escopo da gestão municipal na saúde se refiram à descentralização, neste tópico trataremos especificamente da adesão ao processo de municipalização. Isso porque identificamos que o *timing* de adesão à categoria de gestão semiplema foi bastante diferenciado entre as duas capitais. Chama a atenção que Porto Alegre, mesmo sendo governada pelo PT desde 1989, tenha assumido a gestão da rede de saúde somente no final de 1996. E Belo Horizonte, tendo o PT no governo a partir de 1993, tenha assumido a rede em 1994.

Parte-se da constatação de que no início da década de 90 a estrutura da rede assistencial nos municípios era bastante semelhante. A primeira diferença é justamente o fato de que Porto Alegre já era governada pelo PT antes do SUS e BH passa a ser no mesmo ano em que é editada a NOB-93.

A adesão dos municípios aos programas federais não se dá automaticamente. Arretche (2000) analisa o grau de adesão dos municípios aos programas federais implementadores do SUS e estuda os custos e incertezas envolvidos.

Diversas podem ser as razões e os incentivos para que os municípios estejam enquadrados em qualquer uma das condições de gestão previstas pelo SUS; mas, em qualquer uma delas houve uma decisão administrativa municipal para criar e institucionalizar as condições organizacionais exigidas pelo Ministério da Saúde [...] (ARRETCHÉ, 2000, p. 225).

A implementação do sistema de saúde no nível local foi fortemente influenciada pelos cálculos sobre as condições técnicas e financeiras necessárias para desempenhar as novas atribuições. Além disso, a descentralização trazia um custo político de responsabilização pelas ações. No início dos anos 90, havia grande incerteza sobre os repasses financeiros do MS. “[...] a decisão municipal deveria ser

tomada a despeito de um elevado grau de incerteza quanto ao efetivo desempenho da responsabilidade federal de financiar atos médicos” (ARRETCHE, 2000, p. 228). Havia um histórico de não repasses, ou repasses com atrasos e também a evidência de que a tabela de procedimentos remunerava abaixo do custo alguns procedimentos.

Marta Arretche identificou que o *timing* de adesão dos municípios ao SUS foi influenciado, dentre outros fatores, pelo comportamento do executivo estadual em relação à municipalização³². Assim, estados favoráveis à municipalização e que implantaram políticas ativas de capacitação dos municípios para a assunção das novas funções viram uma proporção maior de municípios aderindo ao SUS do que estados contrários à política. Esse caso foi identificado pela autora no Rio Grande do Sul. “[...] a existência de programas continuados de capacitação municipal e de reforço à municipalização executados pelos governos estaduais contribuem para reduzir os custos municipais envolvidos na assunção de atribuições de gestão e de execução das ações de saúde” (ARRETCHE, 2000, p. 231).

[A ação do executivo estadual] é mais decisiva para aqueles municípios cujos atributos estruturais implicam que as exigências financeiras e administrativas postas para a gestão de uma dada política sejam de tal natureza que a adesão a um programa de descentralização torne-se indesejável. Para municípios situados acima de um dado patamar de desenvolvimento (econômico e financeiro), a necessidade de uma estratégia de indução pode tornar-se dispensável (ARRETCHE, 2000, p. 230).

A autora utiliza o porte populacional como *proxy* de densidade econômica. Assim, municípios mais desenvolvidos economicamente seriam menos dependentes da ação estadual dada a possível existência de recursos técnicos para a gestão dos programas descentralizados. Contudo, no que concerne aos municípios estudados aqui, que se inserem nesta categoria, observou-se que o posicionamento do governo estadual é uma das variáveis explicativas do *timing* da adesão. Apontando para a relevância de outros elementos além dos institucionais.

³² Arretche (2000) trabalhou com os seguintes estados: Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Bahia, Pernambuco e Ceará.

Em Porto Alegre, o *timing* de adesão a uma das categorias de gestão dispostas na Norma Operacional Básica de Saúde de 1993, foi influenciada, principalmente, pelo comportamento do governo estadual e do núcleo diretivo do governo municipal.

Arretche (2000) identificou que a estratégia adotada pelo Rio Grande do Sul foi desfavorável à municipalização. Aqui, constatou-se que um dos pontos mais conflituosos foi a disputa pelos recursos financeiros que seriam municipalizados dado que o município e não mais o estado proveriam a assistência à população do interior que acessava os serviços da capital. Deve-se atentar também para as disputas políticas entre governo estadual e municipal, ocupados por diferentes partidos políticos que se opunham na arena política.

Além das dificuldades advindas da ação do estado, foi verificado também uma resistência do governo municipal, expressa na percepção dos custos financeiros e políticos da adesão. Financeiros porque havia insegurança sobre os repasses de recursos federais e sobre qual seria o comprometimento do orçamento municipal com a assunção dos serviços. Políticos, porque uma vez descentralizados os serviços, seu sucesso ou fracasso seriam, aos olhos da população, responsabilidade do gestor municipal que, no entanto, não era responsável pela totalidade de seu financiamento. Mudanças no contexto institucional apresentam elevados custos exigindo um processo complexo de desenvolvimento de condições de *governance* (capacidade de implementação de políticas e responsabilização democrática).

Neste caso, observou-se que o grupo dirigente da SMS e o grupo coordenador do governo municipal não compartilhavam o mesmo entendimento sobre a adesão ao SUS. Isso nos remete a possibilidade de não alinhamento ao projeto SUS por parte da tendência partidária.

A trajetória de Belo Horizonte é bastante diferente. Não consta que houvesse entendimentos diferenciados sobre o papel do município na gestão do sistema de saúde dentro do grupo que governava

a capital no início dos anos 90. Além disso, o governo do estado teve participação ativa no processo de descentralização, conquanto não tenha municipalizado os hospitalais do INAMPS que foram estadualizados. Verificou-se uma sinergia entre o projeto de assunção dos serviços por parte do município e a ação de repassá-los por parte do estado. O resultado dessa conformação foi que em 1992 a rede ambulatorial que era do INAMPS havia sido municipalizada; e em 1994 o município aderiu à semiplena.

Observando o caso de Porto Alegre, é interessante notar que Couto (1995) identificou uma tática do PT nos anos 90, mais especificamente no governo de Luiza Erundina na capital paulista, que consistia na utilização instrumental dos governos municipais. A idéia era de que a adesão de governos petistas á políticas federais poderiam prejudicar o objetivo maior do partido que era ocupar o governo central. Assim, certas medidas não deveriam ser tomadas, “[...] dizia-se que seria necessário fazer tal coisa para que a população percebesse que a incapacidade das prefeituras petistas em atender seus reclamos se devia à política econômica adotada pelo Executivo federal” (COUTO, 1995, p. 254). Nesse sentido, pode-se levantar a hipótese de que a resistência em implementar uma política regradada por um partido ao qual o PT se opunha se devesse a questões político-partidárias que objetivavam um projeto de poder nacional.

Contudo, essa hipótese traz uma questão, o que explicaria o fato de que em Belo Horizonte não foi identificada essa resistência? As evidências coletadas aqui nos permitem uma aproximação. Em Belo Horizonte, vimos que a equipe dirigente da SMS na gestão 1993-1997 era formada por um grupo de petistas que se classificavam como integrantes do partido sanitário mineiro. Do qual também faziam parte outros indivíduos de partidos políticos diversos. Apesar das diferenças partidárias, a construção identitária desses atores estava mais fortemente ligada ao campo da saúde. Em Porto Alegre, o vínculo predominante dos gestores da SMS era partidário.

Temos que o *timing* a adesão ao SUS foi diferenciado entre as capitais. Se em Porto Alegre verificamos disputas técnico-políticas entre a SMS e o núcleo coordenador do governo municipal e conflitos político-partidários com o governo do estado; em Belo Horizonte encontramos uma relativa sinergia de projetos. Essas características irão influenciar o desenvolvimento das iniciativas locais de implementação da política de saúde.

Partidos políticos, policy communitie e a política de regulação do setor privado

As divergências intra-partidárias encontradas em Porto Alegre e não identificadas em Belo Horizonte (pelo menos no que se refere á política de saúde) nos induzem a tentar entender a relação existente entre aquelas e a política de regulação. Se em um dos casos, a variável partidária mostra-se relevante, noutro deve-se atentar para a variável identificação programática entre os atores. Nesse sentido, mobilizaremos a tipologia de coalizões dominantes de Panebianco e do conceito de comunidade de política (*policy community*).

A relação entre dinâmica partidária e a política de saúde não é o foco deste trabalho. Contudo, a análise dos dados apontou para a relevância dessa variável³³. Isso é visível quando atentamos para a descontinuidade ou relativa estabilidade da política de regulação decorrente das trocas de grupos ou partidos no governo.

Em Porto Alegre constatou-se que, embora governada durante dezesseis anos pelo PT, a alternância entre tendências promoveu descontinuidades na implementação da política de regulação, interferindo em sua trajetória. O mesmo não foi observado em Belo Horizonte que, no entanto, experimentou maior alternância partidária, sendo governada pelo PSB entre 1997-2000 e 2001 a março de 2003.

³³ As considerações feitas aqui se baseiam em informações indiretas identificadas nos dados coletados.

Entre os quatro mandatos do PT em Porto Alegre foram identificadas descontinuidades nas ações da SMS. Verificamos que o processo de desenvolvimento das atividades de regulação foi pontuado por descontinuidades. Um representante do grupo que iniciou esse processo em 1995 e 1996 afirma que as atividades mereceram pouca atenção na gestão seguinte. Já no início dos anos 2000, os informantes relataram que a dinâmica estabelecida nos instrumentos de regulação apenas reproduzia as práticas precedentes chamadas “inampianas”, uma referência a forma como o INAMPS se relacionava com os prestadores privados por meio de pagamento de produção sem mecanismos eficientes de controle dos serviços prestados. Em outras palavras, não havia uma interferência do governo na oferta de serviços ou na demanda por eles. O gestor público pouco regravava a relação e, por isso, pouco interferia na produção de serviços. Nesse período, foram empreendidos novos esforços para incrementar as atividades da Central de Regulação. Alguns procedimentos foram de fato regulados promovendo uma mudança no comportamento de prestadores que relataram a necessidade de se conformar às regras desses instrumentos para ter acesso à demanda por serviços de seu interesse, em contrapartida ofertavam os serviços solicitados pelo gestor municipal. Contudo, os relatos dos gestores que assumiram em 2005 permitem montar um cenário menos estruturado dos mecanismos de regulação, os quais não permitiam controle dos serviços prestados influenciando na capacidade de planejamento. Ressalta-se que os dados apontaram para a implantação de mecanismos regulatórios, os quais, contudo, apresentavam significativa fragilidade institucional que influenciou a atuação dos gestores públicos na execução do programa de contratualização.

O programa de contratualização expressa a passagem da visão do governo controlador para o governo coordenador e pactuador, que se relaciona por meio de contratos. As características citadas do complexo regulador iriam afetar a capacidade do gestor de saúde de Porto Alegre de estabelecer contratos com os prestadores privados. As maiores dificuldades identificadas diziam respeito à capacidade de controlar os contratos, pois embora tivessem efetivado as pactuações os gestores não

tinham instrumentos de acompanhamento da prestação de serviços e, assim, do cumprimento das metas pactuadas. O que culminou na não efetivação do programa dado que o repasse de recursos deveria ser feito de acordo com o cumprimento de metas. De acordo com as informações os recursos financeiros continuam sendo repassados sem a garantia de que o contrato esteja sendo cumprido.

Conforma-se assim, um quadro de avanços e descontinuidades atribuído à falta de consenso dentro dos grupos que assumiram o poder sobre as prioridades para a gestão na área de saúde, os dados apontam, indiretamente, para a fragmentação partidária. Se atentarmos para os prefeitos da capital no período 1989-2004 temos a alternância de três grupos petistas. O grupo de Olívio Dutra, que governou no período pré-SUS. Na década de 90 temos Tarso Genro e Raul Pont. Olívio integrava um grupo de “centro” do PT – Unidade na Luta, que se caracteriza pelo discurso voltado à social-democracia (AZEVEDO, 1995). Enquanto o grupo de Tarso era tido como mais a “direita” do espectro ideológico do PT, no grupo denominado Democracia Radical, focado na institucionalização de mecanismos participatórios com o objetivo de democratizar a gestão do Estado. O grupo de Pont era considerado mais a “esquerda” – Opção de Esquerda. Enquanto os dois primeiros se afastam do modelo leninista, o grupo de Pont conserva alguns traços (AZEVEDO, 1995).

O caso de Belo Horizonte é distinto. Primeiro, porque houve mudanças nos partidos no governo, alternando-se entre PT e PSB, no período estudado³⁴. Em 1993 assume a prefeitura o grupo de Patrus Ananias (PT), em 1997 assume o PSB com o médico Célio de Castro que gozando de popularidade é reeleito em 2000. Em 2003, Castro deixa a prefeitura e assume seu vice Fernando Pimentel (PT), integrante de grupo partidária distinto de Ananias, que é eleito em 2004³⁵. Segundo, porque apesar disso os dados apontaram para uma significativa estabilidade na trajetória da política.

³⁴ Lembra-se que esses partidos atuaram em coligação.

³⁵ Nas eleições municipais de 2008 o então prefeito de Belo Horizonte Fernando Pimentel e o governador do estado Aécio Neves (PSDB) acordaram apoio a um candidato comum, Márcio Lacerda (PSB). Tal estratégia não foi bem aceita pelos quadros nacionais do partido e pelo outro líder regional, Patrus Ananias. Pimentel (DELGADO, 2008) justificada a

A partir das constatações feitas acima, utilizaremos a tipologia de Panebianco (2005) para melhor compreender essas dinâmicas.

Panebianco (2005) constrói um modelo explicativo para os arranjos políticos-partidários a partir da análise das coalizões dominantes, as elites dirigentes dos partidos. E as classifica de acordo com sua coesão, isto é, concentração ou dispersão do controle sobre as zonas de incerteza³⁶ e; de acordo com seu grau de estabilidade ou instabilidade. A partir disso, o autor elabora três possibilidades distintas de conformação das coalizões: coesa e estável, dividida e estável e dividida e instável.

Uma coalizão dominante coesa e estável se caracteriza por concentração de recursos de poder em um pequeno grupo (oligarquia) ou na figura de um líder (monocracia), sendo os grupos, que compõe a coalizão, pouco organizados (tendências). “Naturalmente, entre o grau de coesão e o grau de estabilidade de uma coalizão dominante, existe uma relação no sentido de que a coalizão dominante coesa de um partido com institucionalização forte é *também* uma coalizão dominante estável” (PANEBIANCO, 2005, p. 325). A relação coesão/estabilidade decorre do fato de que a existência de um núcleo dirigente forte atrai os grupos menos organizados que em torno dele gravitam, potencializando sua cooptação e, no extremo, marginalizando os desviantes.

Uma coalizão dominante dividida e estável se caracteriza por dispersão de poder entre grupos organizados fortes (facções). Pode ser estável se existir um centro forte que, no entanto, não se caracteriza pela concentração de recursos de poder, mas por agregar apoio de instituições externas. Com isso, pode promover acordos unificando os grupos dispersos. Dada conformação produz uma

iniciativa como forma de garantir uma “governabilidade sólida” no estado, por meio da aliança PT/PSDB. Esse projeto aponta para o caráter pragmático deste grupo petista.

³⁶ As zonas de incerteza são “recursos de poder organizativo, aqueles fatores cujo controle permite que determinados agentes desequilibrem a seu favor os jogos de poder. [...] são âmbitos de imprevisibilidade organizativa” (PANEBIANCO, 2005, p. 65). O autor identifica as principais zonas de incerteza nos “fatores em torno dos quais se desenvolvem atividades vitais para a organização: a competência, a gestão de relações com o ambiente, as comunicações internas, as regras formais, o financiamento da organização e o recrutamento” (PANEBIANCO, 2005, p. 66).

estabilidade frágil. Já na coalizão dominante dividida e instável não existe um centro que possa unificar as facções. O grau de coesão/divisão de uma coalizão dominante é resultado das alianças entre os grupos que a compõe, assim as coalizões são divididas porque os grupos não conseguem criar acordos estáveis o que pode implicar grandes diferenças de atuação quando no executivo.

Panebianco não construiu sua tipologia, especificamente, para estudar as consequências dos arranjos partidários para as políticas públicas. Contudo, quando os dados coletados apontaram para a influência das dinâmicas partidárias para o desenvolvimento das trajetórias das políticas de regulação nos dois municípios estudados considerou-se importante mobilizar um referencial teórico para auxiliar na compreensão do fenômeno. As seguintes constatações nos levaram por este caminho:

- a) em Porto Alegre houve alternância de poder entre grupos do mesmo partido político (PT) em um período longo de tempo (1989-2004) e constatou-se significativas discontinuidades na implementação da política de regulação do setor privado que impactaram na capacidade de gestão de iniciativas futuras;
- b) em Belo Horizonte houve alternância entre partidos (PT e PSB) e entre grupos do mesmo partido (PT) e não se constatarem discontinuidades na política de saúde capazes de fragilizá-la institucionalmente.

Frente aos dados coletados e ao modelo teórico proposto pode-se dizer que a coalizão dominante do Partido dos Trabalhadores em Porto Alegre é dividida e instável. Já que os grupos que se sucederam no poder apresentavam idéias diferentes sobre as ações que deveriam ser priorizadas o que se expressou em interrupções de atividades prévias, resultando em fragilidade institucional como no caso da regulação dos serviços, que teve como consequência a dificuldade para implantar a perspectiva contratual.

Em Belo Horizonte não foram observadas descontinuidades significativas na política de regulação o que é expresso pelo progressivo desenvolvimento das iniciativas estudadas com ampla aceitação tanto de atores públicos como privados. Atribui-se a isso a disposição comum dos grupos que assumiram o poder em relação às prioridades da política de saúde, caracterizando a coalizão dominante em Belo Horizonte como *divida e estável*³⁷. Claro que mudanças ocorrem toda vez que se alternam os grupos no poder, a diferença entre as duas capitais é que em Porto Alegre isso impactou negativamente no desenvolvimento da *policy* e em Belo Horizonte não³⁸.

Dessa forma, constatamos que a manutenção de um mesmo partido no poder por um longo período de tempo não implica automaticamente em maior estabilidade e continuidade de políticas. Isso nos obriga a considerar outras variáveis que remetam a um âmbito mais amplo da continuidade das políticas do que as instituições partidárias. Neste caso, mobilizaremos o conceito de *policy community*.

Uma comunidade de políticas é entendida como um grupo de atores setoriais que compartilham um projeto comum (HOWLETT e RAMESH, 1995). Howlett e Ramesh afirmam que esses atores não agem necessariamente em redes, quando isso acontece conforma-se uma *policy network*³⁹.

Em Belo Horizonte foi constatado a existência de um grupo de profissionais médicos, originalmente inseridos institucionalmente, como alunos ou professores, na Universidade Federal de Minas Gerais que atuava também na gestão pública na área da saúde. Esses atores estavam inseridos tanto no governo do estado quanto no governo municipal. Militantes do movimento da reforma sanitária compartilhavam seus projetos e assim, estavam comprometidos com o SUS.

³⁷ Não se considerou o caso de Belo Horizonte como coeso e estável porque há uma clara divisão de poder dentro do partido representada pelos líderes de dois principais grupos dentro do PT no estado: Fernando Pimentel e Patrus Ananias.

³⁸ Não foi possível aprofundar o estudo sobre os conflitos e organização partidária em BH e Porto Alegre em virtude da escassez de trabalhos que forneçam informações e análises sobre o assunto. A dinâmica partidária foi interpretada a luz dos dados sobre a política de regulação do setor privado.

³⁹ “Network is the linking process within a policy community or between two or more communities” (HOWLETT e RAMESH, 1995, p. 128).

A existência de um grupo de técnicos inseridos na SMS que têm como projeto a implementação do SUS de acordo com os princípios da reforma sanitária nos remete a uma de suas consequências. Muitos desses atores são servidores públicos da SMS que se alternam entre cargos técnicos na área médica ou postos gerenciais dependendo da coalizão que estiver no poder. Dessa forma, constituem-se em uma burocracia com significativa qualidade. Essa conformação de quadro funcional impacta na trajetória da política uma vez que a torna relativamente autônoma das instabilidades e rupturas provenientes das disputas político-partidárias.

Com isso, a política de regulação do setor privado em Belo Horizonte se desenvolveu com relativa continuidade, auferindo inclusive reconhecimento daqueles que são controlados que percebem um ambiente de poucas incertezas para a tomada de decisão. Isso nos remete ao compartilhamento (ou reprodução) de prioridades no caso da política de regulação.

Em Porto Alegre, tal conformação não foi encontrada, os entrevistados não fizeram referência a um grupo no qual estivessem inseridos e apontavam para grandes divergências entre os grupos que se sucederam na gestão da SMS expressas nas discontinuidades da política. Foi comum a informação de que projetos considerados prioritários em uma gestão da SMS não foram seguidos nas gestões posteriores. Não se quer afirmar que não exista uma *policy community* no setor saúde de Porto Alegre, o que os dados apontam é para o fato de que se existe não está fortemente articulada com o governo.

Além disso, como já apontado anteriormente, identificou-se que o vínculo predominante dos secretários de saúde no período estudado era partidário; estando a política mais permeável aos conflitos ideológicos das tendências partidárias que governaram a capital.

A relação entre os atores públicos e privados

Acredita-se que há uma diversidade de variáveis que influenciam a gestão e implementação de uma política pública. Limites cognitivos não permitem que possamos acessar toda a complexidade dos fenômenos sociais. Por isso mesmo, vivemos tentando.

Até aqui apontamos as variáveis que pudemos identificar neste trabalho, a partir dos dados coletados, que podem explicar as dinâmicas identificadas. Essas variáveis se referiram às relações entre os entes federados, as comunidades de políticas e relações intra-partidárias. De uma forma ou de outra tratamos de variáveis ligadas ao poder, entendido como a capacidade de influenciar. Agora tentaremos trabalhar com uma variável diferente.

Os dados permitiram empreender um esforço de caracterização das relações entre gestores públicos municipais de saúde e prestadores privados no contexto de gestão e implementação do Sistema Único de Saúde. O objetivo desse tópico é inserir uma variável, que acreditamos ser importante para explicar a gestão e implementação da política de regulação nos municípios.

O argumento que será desenvolvido é o de que a visão dos gestores municipais sobre a participação dos prestadores privados no sistema de saúde influencia suas ações tendo resultados na conformação da política pública. Para auxiliar neste intento utilizaremos o conceito de idéia apresentado por Faria, “as idéias podem ser definidas, por exemplo, como afirmação de valores, podem especificar relações causais, podem ser soluções para problemas públicos, símbolos e imagens que expressam identidades públicas e privadas, bem como concepções de mundo e ideologias” (JOHN apud FARIA, 2003, p. 23).

O autor salienta que as abordagens em políticas públicas centram-se em variáveis como poder e interesse, deixando às idéias um papel justificador. Contudo, as idéias conformam a percepção que os tomadores de decisão têm dos *policies issues*, influenciando a ação política.

Constatou-se que os contextos nos quais se desenvolveram as relações entre os atores eram muito semelhantes. Na primeira conjuntura crítica, vimos que havia uma tensão advinda da própria natureza da mudança institucional e pela falta de clareza sobre o papel dos prestadores no sistema. Na segunda conjuntura crítica, observou-se a expansão da ação do gestor público por meio do incremento das estruturas institucionais as quais diminuíram a discricionariedade dos atores privados. Na terceira conjuntura crítica, a implementação de uma “política do Ministério” com todas as incertezas e problemas de uma iniciativa formulada centralmente.

Embora o contexto fosse o mesmo para os gestores públicos das duas capitais, verificou-se uma postura bastante diferente em relação às interações com o setor privado. Diz-se que os atores diferem em suas concepções sobre a participação do setor privado no sistema público. O que está relacionado com a ideologia dos grupos que dirigiam as SMS no período estudado.

Em Porto Alegre identificou-se uma visão negativa do gestor público em relação à participação do setor privado no sistema, que se expressava em hostilidade entre os atores. Identificou-se um discurso de que os prestadores privados determinavam as regras do sistema e inclusive a ação dos gestores municipais. A participação dos prestadores era vista como parasitária. Para evitar esta situação o setor deveria ser inteiramente estatal. A preocupação extrema com a discricionariedade dos prestadores se converteu em determinados momentos em atuações bastante autoritárias. Isso, somado obviamente com outros problemas como a dívida assistencial, acabou por conformar um espaço de pouca confiança e falta de reconhecimento entre os atores. É interessante notar que o preconceito em relação a atividade de gestão do setor privado resultou na reprodução das relações pretéritas e não em sua modificação, promovendo a manutenção da tão execrada autonomia⁴⁰ do setor privado na saúde.

⁴⁰ No discurso dos atores é comum a referência a essa autonomia como um super-poder do setor privado que subjugava o setor público. Aqui, entende-se essa autonomia como não regulação. Na falta de regramento e na situação de ter que desenvolver suas atividades os prestadores criavam formas de trabalhar com o setor público e manipulavam racionalmente as regras existentes.

No momento em que deve ser implementado um programa que prevê cooperação entre os atores e coordenação do gestor local essas características se explicitam. Tanto é que em uma das gestões da SMS no início dos anos 2000 foi necessário um esforço de construção de relações de confiança sem as quais o gestor público avaliava que não poderia avançar na gestão dos serviços privados prestados ao SUS. Percebeu-se um campo politizado de relações, nas quais o poder, a capacidade de influência, é muito valorizado. A questão central é que a forma de ativar esse poder, por parte dos gestores públicos, também se ateve muito ao debate político.

A prefeitura de Porto Alegre foi governada entre 1989-1992 por Olívio Dutra; já na fase de desenvolvimento institucional do SUS foi dirigida por Tarso Genro, 1993-1996, Raul Pont, 1997-2000 e novamente Genro, 2001-2004. A adesão à municipalização se deu no último ano do primeiro governo de Genro. Assim, seu desenvolvimento se deu no governo de Pont. Segundo Azevedo (1995), na década de 80 Pont estava ligado ao agrupamento trotskista Democracia Socialista considerado uma das tendências minoritárias do PT. Esse grupo exibia uma “perspectiva ortodoxa [...]”. Seu objetivo era construir um partido revolucionário, leninista, para destruir o capitalismo [...]” (AZEVEDO, 1995, p. 118). Na década de 90 a Democracia Socialista se alia à facção Hora da Verdade, que forma o bloco partidário Opção de Esquerda, que o autor classifica como a “esquerda” dentro do espectro ideológico do PT. Os discursos desse bloco expressam sua posição anticapitalista, “a realização de reformas profundas implica quebrar ou limitar drasticamente o poder dos grupos dominantes” (AZEVEDO, 1995, p. 166).

Se levarmos essa perspectiva para nossa análise setorial temos que a idéia de gerir um setor privado constituiu uma contradição com a ideologia do grupo que dirigia Porto Alegre na segunda metade dos anos 90. A forte tradição de esquerda que se viu em Porto Alegre, expressa inclusive nas quatro sucessivas vitórias eleitorais do PT, e o projeto socialista do partido no poder culminou em preconceito

em relação à inserção do setor privado na saúde. A visão antagônica entre público e privado impede que se aceite sua composição.

Em Belo Horizonte, embora também se observassem conflitos, os gestores públicos percebiam o sistema de saúde como uma organização complexa, na qual o setor privado era uma parte com significativa importância. Para que o sistema funcione de acordo com a normatização todas as atividades devem ser organizadas, integradas, coordenadas e controladas pelo gestor público. Não se verificou um discurso de super-poder do setor privado, mas sim uma preocupação com o incremento das estruturas institucionais para capacitar o município a promover intervenções eficientes. A ênfase no aspecto técnico da ação do governo é bem avaliada pelos prestadores que reconhecem a capacidade de intervenção do gestor público. Isso conformou um ambiente de confiança que propiciou bons resultados na implementação do programa de contratualização.

Diferentemente de Porto Alegre, os gestores de Belo Horizonte tinham uma visão mais pragmática da inserção do setor privado na saúde. Aceitavam a articulação estratégica entre público e privado no setor, sob coordenação do público.

Os resultados para a política é que enquanto em Belo Horizonte a confiança e o reconhecimento do gestor público propiciam avanços nos programas e ações nos quais há necessidade de cooperação. Em Porto Alegre a tensão e falta de confiança entre os atores dificulta a implementação desse tipo de iniciativa.

Dessa forma, variáveis ligadas à ideologia são úteis para entender a ação de um governo. Não por acaso, em Porto Alegre verificamos descontinuidades significativas na política de regulação do setor privado e em Belo Horizonte encontramos uma trajetória mais estável e efetiva.

Concluiu-se que o processo de descentralização do sistema de saúde logrou o fortalecimento dos municípios estudados. Houve capacitação administrativa e incorporação da atividade de regulação do setor privado, o que promoveu incrementos institucionais.

Embora o regramento da política de descentralização vincule todos os municípios, os *outputs* da implementação são distintos. O processo de descentralização coordenada, por meio da estratégia de formulação centralizada logrou estabelecer padrões, mas não definiu o arranjo institucional desenvolvido no nível local. O que se deve ao próprio caráter descentralizado da política que limita a padronização inserindo na arena um novo ator com poder de veto, do qual depende a adesão ao processo⁴¹. Com isso, a formulação *top-down* não consegue constranger completamente os implementadores que são influenciados também por variáveis do contexto local.

Primeiramente, verificamos que a atuação do governo estadual é uma variável relevante para explicar o *timing* da adesão ao SUS. Essa variável política se mostrou presente no caráter diferencial do resultado da política de descentralização. Embora não tenha sido estudada diretamente, os dados proveram informações relevantes sobre a dinâmica entre governo estadual e municipal.

Em Belo Horizonte encontramos a gestão municipal e a estadual identificadas no projeto SUS. O que resultou em alinhamento e adesão no ano seguinte à edição da NOB/93. O governo estadual teve papel ativo e positivo na transferência dos serviços e na definição dos termos da descentralização.

Já em Porto Alegre verificou-se conflito partidário com o governo do estado, sendo atribuída ao Ministério da Saúde a ocorrência da adesão. Expressão das dificuldades foi a adesão ao SUS por meio

⁴¹ Para exemplificar podemos aludir ao caso da cidade de São Paulo que na década de 90 implantou uma estratégia própria de assistência à saúde, o Plano de Atendimento à Saúde (PAS). A capital aderiu ao SUS somente em 2001, sob a gestão de Marta Suplicy (PT).

do que os gestores chamaram de *mix*, ou seja, de um plano que delimitava o conjunto de atividades que os gestores municipais estariam mais dispostos a incorporar e que não correspondiam à configuração das categorias de gestão dispostas na normatização. Assim, em 1994, Porto Alegre adere ao SUS por meio dessa estratégia. A adesão a gestão semiplena, com a responsabilização pela totalidade da rede assistencial em seu território, se dá no final do segundo mandato (1996).

Outra variável política identificada, características da coalizão dominante no governo municipal, nos auxiliou a entender o desenvolvimento da política de regulação do setor privado. Embora essa variável não tenha sido estudada especificamente a análise dos dados permitiu verificar sua influência. Utilizando a tipologia de Panebianco, definiu-se que a existência de uma coalizão dominante dividida e instável em Porto Alegre, caracterizada pela alternância no poder de tendências partidárias que apresentam prioridades diferenciadas para o setor, influenciou a conformação da política de regulação e promoveu avanços e retrações nas atividades, culminando em uma significativa fragilidade institucional que se expressa na carência de uma estrutura de controle efetiva e de processos administrativos compartilhados e reproduzidos.

A coalizão dominante de Belo Horizonte foi classificada como dividida e estável, pois apesar das trocas partidárias manteve ao longo do período estudado uma trajetória de relativa continuidade da política de regulação. A SMS estruturou um sistema de informações e implantou estruturas e processos de controle que são reconhecidas pelos atores privados, os quais as consideraram inclusive benéficas para sua atividade.

A partir dessas constatações chegou-se ao limite explicativo das instituições partidárias na conformação da trajetória da política de regulação nos municípios. A variável técnica-política comunidade de políticas foi utilizada para dar conta das diferenças verificadas acima. Assim, considerou-se que a articulação entre essas comunidades e o governo era um elemento explicativo da

maior resiliência da política em Belo Horizonte e menor em Porto Alegre. Os dados sobre a existência de uma *policy community* fortemente articulada com o governo (municipal e estadual) e por isso com significativa capacidade de influência foram bastante robustos nos dados coletados em Belo Horizonte. Contudo, nos dados coletados em Porto Alegre essa variável não foi identificada. Percebeu-se que os gestores municipais de saúde nessa capital tinham uma forte vinculação partidária, tendo atribuído sua escolha em virtude de sua formação⁴² e pertença ao partido. Já em Belo Horizonte, embora obviamente os gestores tenham vinculações partidárias, também estavam inseridos na comunidade de política.

A especificidade do caso de Belo Horizonte é justamente a articulação entre a comunidade de política e o governo. No caso de Porto Alegre o fato dessa variável não ter sido identificada aponta para a fragilidade desta conexão. Dada as características que se pode elencar da coalizão dominante de Porto Alegre pode-se supor que a comunidade de política estivesse fragmentada em torno do projeto político, não conseguindo transcender os conflitos políticos locais. Enquanto em Belo Horizonte fosse mais homogênea, transcendendo a política partidária e por isso fosse mais autônoma.

A existência de uma *policy community* articulada com o governo pode imprimir certa autonomia á política, protegendo-a das intempéries político-partidárias. Deve-se ressaltar que tal articulação não deve ser confundida com cooptação, quando essa ocorre a comunidade deixa de ser representativa do setor e passa a defender os interesses político-partidários. Essa afirmação remete a importância de estudar as comunidades de políticas vinculadas ao sistema político.

Além das variáveis técnicas e políticas, identificou-se uma variável ideológica relevante para a compreensão da trajetória da política de regulação nos municípios: a visão dos gestores municipais

⁴² Há uma expressão bastante popular que afirma que “quem entende de saúde é o médico”. Na administração de organizações do setor este dito popular se expressa na atribuição de cargos de gestão á médicos. Claro que isso não é uma especificidade de Porto Alegre, se verificarmos nos quadros 1 e 2 dispostos na Introdução veremos que no setor público, os médicos são a totalidade dos gestores. Já no setor privado, progressivamente esses cargos têm sido destinados a especialistas.

sobre a participação do setor privado no sistema de saúde. Aqui trabalhou-se com dois conceitos. O primeiro é o conceito de *idéia* entendida como visão de mundo. Na área de políticas públicas vem crescendo o interesse por considerar variáveis cognitivas uma vez que conformam a percepção de mundo dos atores influenciando em suas escolhas políticas. O segundo está relacionado com o anterior e se refere mais diretamente à ideologia dos grupos que assumiram o poder nos municípios estudados. Argumentou-se que os gestores de Porto Alegre tinham uma visão predominantemente negativa da participação do setor privado no sistema público de saúde. O que se expressou na relutância por desenvolver mecanismos de controle dessa atividade. Embora a estrutura formal tenha sido constituída (a Central de Regulação) seus processos e sua capacidade de intervenção foram relatados como bastante limitados.

Em Belo Horizonte embora a relação com o setor privado não seja isenta de conflitos (o que, aliás, é constituinte da atividade política) não foi identificado nos dados coletados um posicionamento contrário à participação do setor privado na saúde. O que ficou mais saliente foi a visão pragmática dos gestores em relação ao tema. Partindo do fato de que se o setor privado participa significativamente do sistema, a ação do setor público deve estar voltada para seu controle e organização.

Essas diferentes visões implicam iniciativas diversas. Em Porto Alegre a visão negativa da participação do setor privado incentivou a não priorização da gestão das atividades desse grupo, resultando na manutenção de relações pretéritas, chamada por um dos entrevistados de “inampianas”. Já em Belo Horizonte, a visão pragmática incentivou o pronto desenvolvimento de mecanismos de controle voltados primeiramente para a produção de informações e em seguida para a utilização dessas informações como insumo para a intervenção.

O desenvolvimento da política de regulação do setor privado nos municípios estudados foi influenciado pelas seguintes variáveis: (a) institucional, na medida em que a conformação das

estruturas da SMS incentivou ou limitou o desenvolvimento das iniciativas de regulação e contratualização com os prestadores privados; (b) político-partidária, uma vez que o grau de fragmentação da coalizão política dominante implicou maior ou menor continuidade das políticas, expressando o compartilhamento ou não de prioridades para o setor; (c) técnico-políticas, pois a existência de uma comunidade de política mais ou menos articulada com o governo esteve relacionada tanto com a adesão ao SUS quanto com o compartilhamento de prioridades entre gestões governamentais distintas; (d) ideológicas, já que se verificou também uma significativa diferença na visão sobre a participação do setor privado na saúde entre os gestores das duas capitais. Essa acarretou maior ou menor prioridade para a política de regulação dependendo se uma visão negativa ou pragmática.

As variáveis apresentadas cobrem algumas dimensões (institucionais, técnicas, políticas e ideológicas) do fenômeno estudado. Acredita-se que tenham sido relevantes para entender a dinâmica e trajetória da política de regulação do setor privado na saúde em Belo Horizonte e Porto Alegre no período estudado.

BIBLIOGRAFIA

ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polit.* [online]. 2005, n.24, pp. 41-67.

_____. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, Sonia. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

ALMEIDA, Célia. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.04, n.02, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA, Célia. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.27, n.65, set./dez.2003.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e Políticas Sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n. 28, ano 10, p. 88-108, junho 1995.

ARRETCHE, Marta. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40, jun. 1999.

_____. Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: REVAN; São Paulo: FAPESP, 2000.

_____. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ. Soc.* 2002, vol.23, n.80, pp. 25-48.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 2, n. 8, p. 331-345, 2003.

AZEVEDO, Clovis Bueno de. A estrela partida ao meio. São Paulo: Entrelinhas, 1995.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BONOW, Germano. Entrevista concedida à jornalista Enni Figueiredo, da TV Assembléia. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/politica/1264858/germano-bonow-lembra-a-constituente-como-o-melhor-momento-que-viveu-na-assembleia> Acesso em 22 de dezembro de 2009.

BRAGA, José Carlos, PAULA, Sergio Góes de. Saúde e Previdência- Estudos de Política Social. São Paulo: Hucitec, 1981.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Porto Alegre: CORAG, 2004.

BRUGUÉ, Quim. Una administración que habla es una administración que piensa: de la gestión pública a la administración deliberativa. Mimeo, 2009.

CAMPOS, Cezar Rodrigues. A produção da cidadania – Construindo o SUS em Belo Horizonte. In: REIS, Afonso Teixeira (org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciênc. saúde coletiva*, 2001, vol.6, n.2, pp. 435-444.

CASTRO, Maria Helena Guimarães de. Descentralização e Política de Saúde: Tendências Recentes. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 5, p. 105-110, junho 1991.

CASTRO, Mônica S. Monteiro de. A Regulação do Acesso ao Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/apresentacoes%20do%20Seminario/CGRA/Ap.%20Belo%20Horizonte.ppt#280,1,A Regulação do Acesso ao Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte> . Acesso em: 30 jun. 2009.

COLLARES, Alceu. Governador. Disponível em: <http://www.collaresonline.com.br/mandatos.asp?irpara=3> Acesso em 22 de dezembro de 2009.

COELHO, Vera Schattan P. Interesses e Instituições na Política de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 13, n. 37, p. 115-128, 1998.

COUTO, Claudio Gonçalves. O desafio de ser governo: o PT na prefeitura de São Paulo: 1989-1992. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

CUNHA, João Paulo Pinto da, CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde – princípios. In: CAMPOS, Francisco Eduardo de; OLIVEIRA JÚNIOR, Mozart de; TONON, Lúcia Maria. *Planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte: COOPMED, 1998.

DELGADO, Malu. Entrevista com Fernando Pimentel. Folha de São Paulo, 27 de janeiro de 2008.

DRAIBE, Sônia Miriam. Repensando a Política Social: Dos anos 80 ao início dos 90. In: SOLA, Lourdes, PAULANI, Leda M. *Lições da Década de 80*. São Paulo: EDUSP, 1995.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista brasileira de Ciências Sociais*, v. 18, n. 51, p. 21-30, fev. 2003.

FELÍCIO, César. Belo Horizonte eleva investimento em 175% desde 2004. *Valor Econômico*, 22 de dezembro de 2009.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: Um Debate Conceitual e reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 21, junho 2000.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

Assessor Técnico 1. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Assessor Técnico 1. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2008.

Assessor Técnico 2. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Assessor Técnico 2. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2008.

Assessor Técnico 3. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2004.

Assessor Técnico 4. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2008.

Gestor Privado BH 1. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Privado BH 2. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Privado BH 3. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Privado BH 4. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Privado BH 5. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Privado BH 6. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Privado BH 7. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Privado BH 8. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Privado BH 9. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Privado PoA 1. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2008.

Gestor Privado PoA 2. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2008.

Gestor Privado PoA 3. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2008.

Gestor Privado PoA 4. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2008.

Gestor Privado PoA 5. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2008.

Gestor Público BH 1. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Público BH 2. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Público BH 3. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Público BH 4. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Público BH 5. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Público BH 6. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Público BH 7. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Público BH 8. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Belo Horizonte, 2008.

Gestor Público PoA 1. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2007.

Gestor Público PoA 2. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2004.

- _____. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2006.
- Gestor Público PoA 3. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2004.
- _____. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2008.
- Gestor Público PoA 4. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2008.
- Gestor Público PoA 5. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2008.
- Gestor Público PoA 6. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2004.
- Gestor Público PoA 7. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2004.
- Gestor Público PoA 8. Entrevista concedida a Luciana Leite Lima. Porto Alegre, 2004.
- HEIDRICH, Andréa Valente. O Conselho Municipal de Saúde e o Processo de Decisão sobre a Política de Saúde Municipal. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- HOMEDES, N., UGALDE, A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gaceta Sanitária, v. 1, n. 16, p. 54-62, 2002.
- HOWLETT, Michael, RAMESH, M. Studying Public Policy. Canadá: Oxford, 1995.
- INOJOSA, Rose Marie, JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. O setor saúde e o desafio da intersetorialidade. Cadernos FUNDAP, p. 156-164, 1997.
- JORGE, Alzira de Oliveira et all. As internações hospitalares em Belo Horizonte e o Sistema Municipal de Controle e Avaliação – Algumas considerações. In: REIS, Afonso Teixeira (org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.
- JOVCHELOVITCH, Marlova. Municipalização e saúde: possibilidades e limites. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1993.
- LEVI, Margaret. Uma Lógica da Mudança Institucional. Dados- Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 79- 99, 1991.
- LEVCOVITZ, Eduardo, et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva, n. 6, vo. 2, p. 269-291, 2001.
- LIEBERMAN, Evan S. Causal Inference in Historical Institutionalism Analysis. Comparative political Studies, v. 34, n.09, Nov. 2001.
- LIMA, Luciana Leite. “Gestão da Política de Saúde no Município: A questão da Autonomia”. Porto Alegre: UFRGS, 2005. Dissertação de mestrado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

LUCAS, Simone Dutra. A participação cidadã no controle do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. In: REIS, Afonso Teixeira (org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

LUCCHESI, Patrícia. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A implementação do Sistema Único de Saúde- Retrospectiva 1990/1995. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, n. 14, p. 75-152, dezembro 1996.

LUZ, Madel T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática'- Os Anos 80. PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 1, p.77-96, 1991.

MAGALHÃES, Helvécio Miranda. Urgência e Emergência – A participação do município. In: REIS, Afonso Teixeira (org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

MANN, Michael. O Povo Autônomo do Estado: Suas Origens, Mecanismos e Resultados. In: HALL, Joan (Org.). Os Estados na História. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

MARCH, James G., OLSEN, Johan P. The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. The American Political Science Review, v. 78, n. 3, p. 734-749, setembro 1984.

MARQUES, Eduardo César. Notas Críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. BIB, Rio de Janeiro, n. 43, p. 67-102, 1997.

MARQUES, Eduardo César, ARRETCHE, Marta. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. Caderno CRH, Salvador, n. 39, p. 55-82, jul./dez. 2003.

MARQUES, Rosa Maria, MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. Ciência e saúde coletiva. 2003, vol.8, n.2, pp. 403-415. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200007&lng=en&nrm=iso Acesso em 16 de dezembro de 2009.

MELO, Marcus André B. C. de. Anatomia do Fracasso: Intermediação de Interesses e a Reforma das Políticas Sociais na Nova República. DADOS- Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 119-163, 1993.

MELLO, Diogo Lordello de. Descentralização, Papel dos Governos Locais no Processo de Desenvolvimento Nacional e Recursos Financeiros necessários para que os Governos Locais possam cumprir seu papel. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, n. 25, v. 4, p. 199-217, out./dez. 1991.

MENICUCCI, Telma. Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2000, vol.4, n.6.p. 109-116 . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 de dezembro de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUS – Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. NOAS - SUS 01/2001: Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde/ SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. NOAS - SUS 01/2002: Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde/ SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Pacto pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria Ministerial n. 1.721/GM, 2005.

_____. Portaria Ministerial n. 3123, 2006.

MOSCONI, Carlos. Palestra proferida no Fórum Permanente e Interdisciplinar de Saúde: 20 anos do SUS conquistas e desafios. Campinas: UNICAMP, 19 de novembro de 2008.

MOVIMENTO MAIS SAÚDE PARA O SUS. Movimento mais saúde para o SUS, sd. Disponível em: <http://maissaudeparapsus.org>.

MULLER, Pierre, SUREL, Yves. A Análise das Políticas Públicas. Pelotas: ECUCAT, 2002. Traduzido por Agemir Bavaresco e Alceu R. Ferraro.

NEPP- Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Descentralização dos serviços de saúde no Brasil: gerenciamento e gasto em municípios selecionados (1994-1997). Caderno NEPP n. 45, 2000.

NETO, Júlio S. Miller. Políticas de Saúde no Brasil: A Descentralização e seus Atores. Saúde em Debate, São Paulo, n. 31, 1991.

NEVES, Delma Pessanha. Políticas Publicas: Intenções Previstas e Desdobramentos Inesperados. Ciências Sociais Hoje, p. 46-85, 1993.

OCKÉ-REIS, Carlos Otávio. O Estado e os Planos de Saúde no Brasil. Revista do Serviço Público, n. 1, p. 125-147, 2000.

OLIVEIRA, Jaime de A. , TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Previdência Social 60 anos de historia de previdência brasileira. Petrópolis: Vozes, 1989.

ORLOFF, Ann Shola, SKOCPOL, Theda. The Politics of Social Policy in the United States. Princeton: Princeton Press, 1988.

PANEBIANCO, Angelo. Modelos de Partido: organização e poder nos partidos políticos. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PARTIDO DOS TRABALHADORES. Estatuto do Partido dos Trabalhadores, 2007.

PIERSON, Paul. Coping with Permanent Austerity: Welfare State Reestructuring in Affluent Democracies. In: The New Politics of the Welfare State. Oxford: Oxford University Press, 2001.

PORTO, Silvia Marta. Comentário: avanços e problemas no financiamento da saúde pública no Brasil (1967-2006). *Revista Saúde Pública*, 2006; 40 (4): 276-8. Disponível na World Wide Web em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/03.pdf>.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. Descentralização e Democratização do Sistema de Saúde. *Anais da VIII Conferencia Nacional de Saúde*, Brasília, 1986.

RABELO, Mercedes. A descentralização da saúde no Brasil: o caso dos municípios gaúchos-1995. *Ensaio FEE*, Porto Alegre, v. 20, n.2, p. 244-283, 1999.

RIBEIRO, José Mendes. Regulação e contratualização no setor saúde. In: NEGRI, Bargas, DI GIOVANNI, Geraldo (orgs). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP, 2001.

ROSSI Jr., L.R. A Gestão para resultados como ferramenta administrativa nas organizações do terceiro Setor. São Paulo, Integração, 1999.

SANTOS, Alaneir de Fátima dos et all. Criando um sistema de informação estratégico em saúde – a experiência do Projeto de Avaliação de Desempenho. In: REIS, Afonso Teixeira (org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998a.

SANTOS, Fausto Pereira dos. O novo papel do município na gestão da saúde – O desenvolvimento do Controle e Avaliação. In: REIS, Afonso Teixeira (org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998b.

SILVA, Márcia Elizabeth Marinho da. O processo de tomada de decisão para o agendamento de consultas especializadas em centrais de regulação: proposta de um modelo baseado em análise multi-critério. Dissertação de mestrado. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 166f. 2004.

SOMARRIBA, Mercês, MACHADO, Edite Novais da Mata. Organização da saúde na região metropolitana de Belo Horizonte e consórcios intermunicipais de saúde. Fundação João Pinheiro, mimeo, sd.

SOMARRIBA, Mercês, et al. Descentralização e Governança no Setor Saúde em Belo Horizonte. Programa de Descentralização e Governança do PNUD. Escola de Governo/Fundação João Pinheiro: Belo Horizonte, maio de 1998.

SOUZA, Celina. Estado da Arte da área de Políticas Públicas Conceitos e principais Tipologias. XXVII Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS). Caxambu, 21-25 de outubro, 2003-a.

_____. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. *Caderno CRH*, Salvador, n.39, p. 11-24, jul./dez., 2003-b.

_____. “Estado de Campo” da Pesquisa em Políticas Públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 18, n. 51, p. 15-20, fev. 2003-c.

TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. Descentralização dos Serviços de Saúde: Dimensões Analíticas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 24, p. 78-99, fev./abr. 1990.

THELEN, Kathleen. Historical Institutionalism in Comparative Politics. *Annu. Ver. Polit. Sci.*, n. 2, p. 369-404, 1999.

UGÁ, Maria Alicia, et all. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.2, pp. 417-437. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a08v08n2.pdf>

VERÇOSA, José Luiz Géo. Contratos no sistema público de saúde. Mimeo, 1992.

VERÇOSA, José Luiz Géo. E-mail recebido em 21 de julho de 2009.

VELOSO, Bianca Guimarães, MATOS, Sonia Gesteira. A complexa construção do SUS - Belo Horizonte – Os desafios que ele propôs. In: REIS, Afonso Teixeira (org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila, et all. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto- lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva* [on line], v. 7, n. 3, 2002. Disponível na World Wide Web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300008&ing=pt&nrm=iso [Acesso em janeiro de 2005].

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA – Gestor Público

PRIMEIRA PARTE - Ativando a memória...

1- Relato da trajetória profissional na saúde.

a) origem profissional

b) vínculos político-partidários

2- Quando assumiu a SMS?

3- Cargo.

4- Contexto.

SEGUNDA PARTE – Introduzindo o tema, contextualizando...

Sobre a Municipalização do Sistema

5- Descrição da situação da SMS no que se refere à:

a) organização administrativa e institucional

b) rede assistencial

c) relação com os hospitais privados conveniados.

6- Sobre o período que precedeu a municipalização no que se refere á:

a) grupo atuante, responsável por levar adiante o projeto de municipalização (relações partidárias)

b) idealização

c) iniciativa e planejamento

d) ação.

7- Negociações com o governo do Estado sobre a definição dos termos da descentralização

8- Negociações com o Ministério da Saúde sobre os termos da adesão à categoria de gestão na qual o município se enquadraria

9- Descrição da reação/participação/envolvimento do setor privado nesse processo.

a) O que fez o governo? Exemplo.

Sobre a conformação institucional após a adesão à categoria de gestão

11- Sobre a adequação da SMS ao novo formato institucional:

- a) novas estruturas administrativas: Gerência de regulação, Gerências distritais.
- b) reorganização de estruturas: central de marcação de consultas e central de leitos hospitalares.
- c) rede assistencial: rede básica e rede hospitalar
- d) Modelo assistencial: PSF, acolhimento.

14- Como se desenvolveu o processo de municipalização no que se refere aos Hospitais Privados?

14.1 – Comente sobre:

- a) contratos e credenciamento dos hospitais privados
- d) ferramentas de regulação

TERCEIRA PARTE - Indo direto ao assunto, fechando e insistindo...

Sobre a relação com o setor privado

15- Descrição da participação do setor privado na prestação de serviços de saúde.

16- Descrição da relação com os hospitais privados.

18- Sobre os instrumentos de regulação dos serviços prestados pelo setor privado:

- a) Qual era a função e atuação da gerência de regulação?
- b) Houve um processo de Contratualização? Se sim. Comente-o.

* Pedir indicação de outras pessoas que possam ajudar na pesquisa (do setor público e do setor privado)

ANEXO 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR PRIVADO

1- Relato da trajetória na saúde.

- a) origem profissional
- b) cargo no hospital

2- Sobre o período em que passou a trabalhar no hospital:

- a) contexto na área
- b) relação do hospital com a SMS ou outros órgãos públicos gestores da saúde (INAMPS).

3- Sobre o período em que a SMS entrou na Plena:

- a) como o hospital participou desse momento.
- b) como era a relação do hospital com o sistema público
- c) modificações nas relações do hospital com o sistema público

4- Como é a dinâmica da representatividade dos hospitais:

- a) organizações mais importantes, mais ativas.
- b) fóruns de discussão e interação dos hospitais

5- Como é a dinâmica de relação do hospital com a SMS:

- a) fóruns onde são debatidos os assuntos sobre o sistema de saúde.

6- Relato do processo de contratualização.

7- Relação do hospital com os demais grandes hospitais.

8- Relação do hospital com as US da região.

Indicação de outras pessoas que possam ajudar na pesquisa. Indicação em algum órgão representativo.