



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Trevisan, Leonardo; Prates Junqueira, Luciano A.
Gestão em Rede do SUS e a Nova Política de Produção de Medicamentos
Saúde e Sociedade, vol. 19, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 638-652
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263683018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Gestão em Rede do SUS e a Nova Política de Produção de Medicamentos

Network Management of SUS and the New Medicine Production Policy

Leonardo Trevisan

Doutor em Ciências Políticas. Professor Titular da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuárias — FEA da PUC-SP e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração da PUC-SP

Endereço: Rua Morgado de Mateus, 482, apto. 91, Vila Mariana, CEP 04015-051, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: ltrevisan@espm.br

Luciano A. Prates Junqueira

Doutor em Saúde Pública. Professor Titular da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuárias — FEA da PUC-SP; Coordenador do Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração da PUC-SP

Rua Sabará, 318, apto. 46, Higienópolis, CEP 01239-010, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: junq@pucsp.br

Resumo

Na previsão orçamentária do Ministério da Saúde, entre 2008 e 2011, o governo pretende gastar R\$ 12 bilhões por ano com compras na área farmacêutica para o atendimento das necessidades do sistema de saúde. Avaliar o desenvolvimento tecnológico implícito na produção competitiva de 20 produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde é objetivo relevante de análise, se a evolução do vínculo entre produção nacionalizada de fármacos e a gestão em rede do SUS também for avaliada. A nova política de medicamentos visa conter tanto o déficit comercial do setor farmacêutico como garantir forte investimento na complementaridade da oferta de medicamentos, com o programa *Aqui tem Farmácia Popular*. Essa política terá impacto na questão orçamentária da saúde e na execução do Programa *Mais Saúde: Direito de Todos 2008 - 2011* a partir de medidas estruturadas em sete eixos com objetivo definido: “articular a dimensão econômica e a social da saúde”. A hipótese de análise principal avalia se o perfil desses novos “eixos integradores” funciona como faces interativas de um “pacto de gestão” que inclua oferta de medicamentos. A hipótese secundária avalia se o princípio de rede tem conexão operacional com eixo Complexo Industrial da Saúde. As conclusões sugerem que “previsão de demanda” não foi contemplada na lógica de gestão em rede e, não foi ponderado que atendimento em saúde compõe “mercado imperfeito”. Também identificou na nova política de medicamentos prioridade para a concepção de rede interorganizacional, preservando dependência de instâncias, sem incentivo à descentralização dos processos decisórios.

Palavras-chave: Gestão em Rede; Pacto de gestão; Sistema Único de Saúde; Sistema Política de Medicamentos.

Abstract

In the Ministry of Health's budget prediction between 2008 and 2011, the government intends to spend R\$ 12 billion each year on purchases in the pharmaceutical industry to meet the health system's needs. This study's main objective is to evaluate the implied technological development in the competitive production of 20 strategic products for *Sistema Único de Saúde* (SUS - Brazil's National Health System), as well as the evolution of the link between national medicine production and the network management of SUS. The new Ministry of Health's medicine policy aims at containing the pharmaceutical industry's commercial deficit by encouraging the link between national productions of pharmaceuticals and the SUS network management. There is also a strong official investment in medicine distribution through the program *Aqui tem Farmácia Popular* (Here there is a Popular Drugstore). This policy will have an impact on the Health budget and on the process of carrying out *Programa "Mais Saúde": Direito de Todos 2008 - 2011* (More Health Program - Everyone's right 2008-2011), based on practices structured in seven different axes with a defined purpose: "To articulate the economic and social dimensions of healthcare". The main hypothesis of analysis evaluates whether the profile of these new "integrator axes" works as interactive faces of a "management pact" which includes medicine offers. The secondary hypothesis evaluates whether the network principle has an operational link with the Healthcare Industrial Complex axis. The conclusions suggest that the concept of "demand prediction" was not included in the network management logic, especially when healthcare is thought of as not composing an "imperfect market". In addition, the study identified, in the new medicine policy, that priority was given to the conception of an interorganizational network, preserving dependency among levels, without incentive to the decentralization of the decision making processes.

Keywords: management network; management agreement; Brazil's National Health System; Medicine Programme.

Introdução

A discussão em torno de uma nova política para o Complexo Industrial da Saúde partiu da constatação de que o setor farmacêutico no Brasil registrou em 2007 um déficit comercial de US\$ 5,5 bilhões. Como o setor público é o maior consumidor de medicamentos no País, portaria do Ministério da Saúde, publicada em maio de 2008, modificou o formato das compras de medicamentos do governo levando em conta esse déficit comercial que se construiu pela necessidade de compras de produtos com novos paradigmas técnicos, com maior sofisticação tecnológica e maior proteção de propriedade intelectual (Brasil, 2008). A política consolidada pela Portaria número 978 partiu da constatação de que o País precisa de um "enobrecimento competitivo da base nacional" na produção de medicamentos. Nesse processo, alteração desse porte na política de fármacos terá impacto na própria gestão operacional do sistema de saúde, que atende a maioria da população, especialmente carente e dependente de medicamentos fornecidos pelo SUS.

Em termos quantitativos o volume de compras do setor público de saúde tem, inclusive, grande impacto sobre o mercado de medicamentos. Na previsão orçamentária do Ministério da Saúde, entre 2008 e 2011, o governo pretende gastar R\$ 12 bilhões por ano com compras na área farmacêutica para o atendimento das necessidades do sistema de saúde (Brasil, 2008a). Na outra ponta da nova política para o complexo industrial da saúde está a articulação do desenvolvimento de tecnologia para a produção nacional de 20 produtos estratégicos para o SUS. O ministério definiu, em maio de 2008, a lista de medicamentos prioritários integrantes dessa nova política (Brasil, 2008). Essa lista inclui desde farmacoquímicos, vacinas, soros e hemoderivados até equipamentos e materiais conexos aos usos desses produtos.

A proposta da nova política define também uma "prioridade de financiamento" para essa produção nacionalizada e sistêmica a partir de medidas de estímulo que incluem a participação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, BNDES, no Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma) com

precisão de alocação de recurso da ordem de R\$ 3 bilhões até 2012 (Lage e Gois, 2008).

O alvo maior de toda a política é conter o déficit comercial do setor farmacêutico brasileiro a partir do incentivo de vínculos entre produção e gestão em rede do SUS integrando a demanda do sistema com novos perfis de oferta da produção nacionalizada (em parte estatal) de medicamentos. Há, por outro lado, forte investimento oficial na complementaridade da oferta de medicamentos para os usuários do SUS por meio do Programa *Aqui tem Farmácia Popular*. Esse programa obteve um crescimento explosivo desde a sua implantação em dezembro de 2006. Nessa intervenção na oferta de mercado popular, o governo federal subsidia até 90% dos custos de três tipos de medicamentos: anti-hipertensivos, anticoncepcionais e os destinados ao tratamento de diabetes. O Ministério da Saúde controla diretamente 600 lojas do Programa, que estão inseridas em pontos de venda nas grandes redes de farmácia. A comparação entre o primeiro quadrimestre de 2007 e o mesmo período de 2008 mostra um crescimento explosivo de 724% dos usuários do programa. Entre janeiro e abril de 2007, 255.507 consumidores compraram medicamentos nas “farmácias populares”. Nos mesmos meses de 2008, esse número aumentou para 2.134.767 consumidores (Brasil, 2008b).

O impacto do Programa *Aqui tem Farmácia Popular* implicou avanço no consumo de medicamentos entre as classes C e D. Estudo da Associação Brasileira das Redes de Farmácia e Drogarias (Abrafarma) mostrou que as vendas de medicamentos genéricos na mesma comparação, primeiro quadrimestre de 2007 em relação a 2008, alcançaram expansão inédita de 28,6%, com forte crescimento dos medicamentos de uso contínuo, como protetores gástricos. Já nas vendas de produtos de marcas similares a expansão foi de 23%, também entre o primeiro quadrimestre de 2007 e o mesmo período de 2008. Esse crescimento, considerado bastante alto, guarda relação tanto com o crescimento do Produto Interno Bruto do País, com reflexos na oferta de emprego e maior renda, como com a entrada nos pontos de venda de consumidores da classe C à procura dos produtos do Programa *Aqui tem Farmácia Popular*, que acabam consumindo também produtos similares (Galvão, 2008).

Essa nova política de medicamentos terá impacto na proposta orçamentária do Ministério da Saúde. Vale lembrar que os debates da questão orçamentária para o sistema de saúde, implícito ao tema da prorrogação da cobrança da Contribuição Provisória para o Mercado Financeiro ao longo do mês de dezembro de 2007, esconderam a atenção devida à divulgação do Programa *Mais Saúde: Direito de Todos 2008 - 2011*, anunciado pelo Ministério da Saúde ainda na primeira semana do mesmo mês de dezembro de 2007. O programa apresentou proposta de evolução formal nos processos de gestão do Sistema Único de Saúde, SUS. O volume de investimentos anunciados foi muito significativo, R\$ 88,6 bilhões, compreendendo os quatro anos de vigência do programa, e inclui parte dos recursos destinados ao setor de saúde no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do governo federal (Weber, 2007).

As ações previstas no programa *Mais Saúde: Direito de Todos* são multidirecionadas e desenvolvidas a partir da constatação oficial de que há um “descompasso entre a orientação para a conformação de um sistema universal e o processo concreto de consolidação do SUS” (Programa Mais Saúde, 2007). Com essa premissa o programa anunciado pretende rever o entendimento das ações voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde vistas como um “ônus orçamentário” e passar a enquadrar essas ações como “parte constitutiva da estratégia de desenvolvimento” do País, que se consolidaria com a adoção de novas diretrizes e metas-síntese para o sistema de saúde:

- avançar na implementação dos princípios constitucionais do sistema de saúde único mediante conjunto de “ações concretas organizadas em eixos” que permitam associar desenvolvimento econômico e social;
- consolidar ações de Promoção de Saúde e Intersetorialidade no centro da estratégia;
- priorizar, nos eixos de intervenção do programa, “os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida”;
- aprofundar a estratégia de regionalização, de participação social e de relação federativa, buscando “aumento decisivo na eficiência sistêmica e organizacional em saúde e retomando o papel central do

Governo Federal na organização de redes integradas e regionalizadas de saúde no território brasileiro”;

- fortalecer o “Complexo Produtivo e de Inovação em Saúde”, permitindo associar os objetivos do SUS com a “transformação necessária do sistema produtivo do País tornando-a compatível com um novo padrão de consumo de saúde no País”;

- dar um “expressivo salto na qualidade e na eficiência das unidades produtoras de bens e serviços e de gestão em saúde”.

Para viabilizar tais diretrizes o Programa *Mais Saúde* apresentou medidas estruturadas em sete eixos com objetivo definido: “articular a dimensão econômica e a dimensão social da saúde”. O primeiro desses eixos cuida da articulação do governo federal com estados e municípios para a **Promoção à Saúde** “mediante convergência de políticas econômicas e sociais”. O segundo eixo, **Atenção à Saúde**, envolve a assistência básica e as ações de alta e média complexidade, a regulação e a qualificação da saúde suplementar e a prevenção e vigilância em saúde. Dotar o País de base produtiva de conhecimento para “garantir capacidade de oferta interna, permitindo o atendimento integral às necessidades de saúde da população” é o terceiro eixo chamado de **Complexo Industrial da Saúde**. O investimento na qualificação e na adequação dos contratos da **Força de Trabalho em Saúde** é o quarto eixo. O compromisso com a eficiência e otimização dos recursos aplicados no sistema é o quinto eixo, denominado **Qualificação e Inovação da Gestão**. Os efetivos resultados das ações de todos os gestores do sistema enquadram-se no sexto eixo, **Participação e o Controle Social**. O sétimo prevê a dimensão e as ações entre países “inserindo a saúde na política exterior brasileira” no eixo **Cooperação Internacional** (Programa Mais Saúde, 2007).

O terceiro eixo, Complexo Industrial da Saúde, está diretamente vinculado à Nova Política de Medicamentos. É preciso observar, no entanto, que na implantação do SUS, a Constituição de 1988 determinou, para as três instâncias do poder público, obediência ao mesmo princípio norteador oriundo do artigo 198 da Constituição Federal, segundo o qual as ações e os serviços públicos de saúde integram uma “rede regionalizada e hierárquica”, constituindo sistema único. Este sistema obedece

às três diretrizes fixadas pelo texto constitucional nos incisos do mesmo artigo; o primeiro deles é a descentralização “com direção única em cada esfera de governo”, depois o atendimento integral com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e, por último, o texto legal determinava “participação da comunidade” sem especificações.

Nesse quadro, a determinação constitucional, construiu uma teia de interesses imensa e complexa que obviamente está na origem do “descompasso” que o Ministério da Saúde reconheceu em 2007 no preâmbulo do Programa *Mais Saúde*. A sequência das Normas Operacionais Básicas (NOB), que ao longo do tempo definiram a arquitetura de gestão do sistema único, sempre sustentou a ideia de “descentralização tutelada” (Viana, 1992). Esse processo evoluiu, a partir de 2003, para a construção de um “pacto de gestão” para integralizar as ações do sistema. Ora, tanto o terceiro eixo do Programa *Mais Saúde*, que prevê a instalação de um Complexo Industrial de Saúde, e o seu desdobramento na Nova Política de Medicamentos obrigatoriamente deveriam integrar o “pacto de gestão”, que estrutura a “descentralização tutelada”, base orgânica da constituição do SUS.

Desse modo, o principal objetivo deste artigo é avaliar se as propostas e expectativas geradas pelo Programa *Mais Saúde: Direito de Todos 2008 - 2011*, especificamente, as do terceiro eixo e a da Nova Política de Medicamentos, atendem aos requisitos inerentes à evolução do conceito de rede no SUS e se o novo programa, de fato, sinaliza um avanço na direção do “pacto de gestão”, identificando situações essenciais para o bom funcionamento do sistema, tanto para o gestor como para o trabalhador da saúde e, principalmente, para o usuário do SUS.

Hipóteses de Análise

Uma hipótese relevante de análise para alcançar este objetivo identifica o perfil desses novos “eixos integradores” da ação do sistema de saúde como faces operacionais e interativas de um “pacto de gestão”. Uma segunda hipótese de análise, igualmente relevante, entende que o princípio de rede ganhou um ponto de convergência, tanto de expectativas como

operacional, em torno do eixo Complexo Industrial da Saúde.

Na formulação dessas hipóteses de trabalho pesou sobremaneira o alerta de Misoczky (2003) de que desde a introdução do projeto SUS ocorreu paralelamente à pressão por centralização decisória na esfera federal, a clara separação operacional entre o subsistema de atenção básica e o de média e alta complexidade. Essa última concepção, com subsistemas, era defendida, de modo intransigente, pelas agências internacionais de apoio técnico e financeiro. Tais pressões marcaram significativamente a evolução do sistema enquanto rede. Sem esquecer outro foco tensional para a concepção de rede no SUS: “as implicações importantes para a configuração do *mix* público e privado e para a equidade na implantação e desenvolvimento do SUS” que, como também notou Misoczky (2003), foram enfrentadas pelo caráter normativo que foram tomando as NOBs, editadas desde 1991.

Esses focos de tensão, com a instância federal pressionando por centralização, inclusive com o financiamento do BNDES, oficialmente definindo metas e estratégias de expansão para política de medicamentos, ao lado da necessária descentralização operacional implícita ao sistema, mais a dura configuração do “*mix* público/privado” sempre presente na história do SUS, ganharam um ponto de confluência no reconhecimento da importância de um “complexo industrial e de conhecimento” para a ideia de rede, entendido como elemento central de construção do conceito de saúde como direito universal e integral.

A Produção de Conhecimento e a Ideia de Rede no SUS

A realização dessas hipóteses de trabalho implica passo inicial que analisa alguns momentos da evolução do processo de gestão do SUS relevantes para a consolidação, ou não, da ideia de rede. É preciso lembrar, primeiro, que desde a NOB de 1993, o SUS convive com dois instrumentos de gestão, um que estabelece subsídio à demanda, praticando um sistema de pagamento pré-pago e *per capita*, e outro, que preserva o sistema de manutenção do subsídio à oferta, remunerando por produção. Na prática, esses

dois instrumentos de gestão criaram uma divisão operacional: com o primeiro modo ficou a atenção básica e a baixa e média complexidades. Com o segundo modo ficou a referência ambulatorial e a hospitalar. A atenção básica ficou com a função de subsistema de entrada e controle de fluxo enquanto o atendimento de maior complexidade permaneceu na remuneração pelo serviço prestado. Desde então, esses dois sistemas de gestão construíram um relacionamento com a burocracia do estado e com as normas de repasse orçamentários bem diferentes. A política de medicamentos, obviamente, sofre injunções desse difícil relacionamento entre dois sistemas de gestão.

A maior dessas diferenças entre os dois sistemas de gestão é que o sistema pré-pago absorveu a maior parte das experiências de municipalização da saúde. Já o sistema de pagamento por produção resiste a atitudes gerenciais mais renovadoras e sequer a lógica de mercado consegue penetrar com eficiência nesse sistema de gestão pela pressão dos monopólios na prestação de serviço ao sistema. A Nova Política de Medicamentos enquadra-se neste último sistema. A NOB de novembro de 1996, no entanto, reformou o subsistema de pré-pagamento criando a gestão plena de atenção básica e a plena do sistema de saúde, revogando todas as normas anteriores. O município passava a gerenciar todos os serviços relacionados à atenção básica e executar as ações básicas de vigilância sanitária, desde que comprovasse o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, operasse o Fundo Municipal de Saúde e apresentasse um Plano Municipal de Saúde. Satisfeitas tais condições os recursos do sistema seriam transferidos diretamente ao município e todas as unidades de saúde da cidade, públicas ou privadas, estariam subordinadas ao poder municipal. A expansão do sistema é muito rápida e quatro anos depois 98% dos municípios brasileiros estavam habilitados à gestão plena de atenção básica (Silva, 2001).

Esse quadro de acelerada municipalização sofreu forte alteração com a Norma Operacional de Assistência à Saúde de outubro de 2001 determinando que cabia às secretarias estaduais de saúde a elaboração do Plano Diretor de Regionalização criando “Módulos Assistenciais” que representavam um conjunto de municípios que atuariam referenciados a um

“município-sede”, apto a oferecer um conjunto de serviços de média complexidade. A operacionalização da regionalização seria da secretaria estadual de saúde, a quem caberia coordenar todas as mudanças. A autonomia municipal na gestão de saúde sofreu forte redução com essa regionalização que, somada à centralização de fato do orçamento autorizativo da União, transformou em mera retórica a autonomia municipal, até mesmo nos serviços de atenção básica

Depois dessa típica solução de continuidade na municipalização do SUS, a demanda por um “pacto de gestão” no sistema de saúde ganhou grande aceleração. O ponto de partida foi a vigência de ações intersetoriais e ao lado da maior participação da população no processo decisório do sistema. Incentivar responsabilidade desenha uma relação de poder compartilhada entre instâncias de poder e só funciona quando os limites da delegação de poder forem estritamente respeitados. É esse pacto de gestão que dá “visão integral” aos tomadores de decisão no sistema. E é sobre essa visão integral do sistema que se constrói, efetivamente, a ideia de rede.

Desde o início dos anos 90, o planejamento em saúde é pensado a partir de três etapas: a normativa, a estratégica e a da estratégia vinculada ao planejamento no modelo proposto por Chorny (1990). O terceiro eixo do Programa *Mais Saúde*, o Complexo Industrial da Saúde, enquadra esta terceira etapa. O planejamento normativo foi muito influenciado pelo predomínio do “racionalismo dos anos 1960” (Silva, 2001), em que a decisão técnica bem sustentada, independente do contexto social ou político em que era utilizada, era suficiente para promover desenvolvimento, principalmente envolvendo decisões de saúde pública. Na década de 1970, além das conhecidas “normas”, o planejamento passou a assimilar os conflitos do contexto social e ganhou outra perspectiva ao incluir outras variáveis, como as características das populações locais, além de adotar certos critérios de metodologia de análise mais dominados por padrões científicos nas decisões de planejamento em saúde.

Arigor, a efetiva vinculação da multiplicidade de atores interferindo em uma decisão de saúde pública (inclusive as interferências de exclusivo âmbito político) só foi alcançada em outro momento, no início

dos anos 1990, quando o ato de planejar em saúde pública reconheceu efetivamente a importância de métodos e técnicas, aceitando-se os limites de algumas decisões a partir da presença de fatores múltiplos, produto de contextos sociais e políticos bem específicos. Apenas nesse processo foi possível passar a pensar em termos de sistema de saúde.

Trajetória Teórica do Conceito de rede no SUS

A presença de fatores múltiplos gerou impactos significativos nas primeiras concepções de gestão em rede no SUS. Parte considerável desses fatores deveu-se à obrigatória inserção de inovações tecnológicas que provocavam efeitos modificadores nos sistemas de produção e de prestação de serviços do sistema único. Tais mudanças geravam alguns avanços nas redes iniciais de cooperação intersectorais. Esse processo, que não é exclusivo da saúde pública, implicava crescimento de demandas sociais em torno de serviços públicos, uma vez que toda automatização gera, em um primeiro momento, uma maior visibilidade das carências do sistema. Em qualquer setor, a implantação de meios informatizados expõe os problemas de gestão de forma muito mais clara do que os métodos mais tradicionais. Não é diferente com as demandas por saúde pública: toda racionalização na oferta gera maior procura pelo serviço, porque o método antigo de gestão continha demanda reprimida e desconhecida (Jacobi, 2000). Nesse quadro aumentam as resistências internas por trabalho integrado e o modelo organizacional volta-se, cada vez mais, para “lidar com o conhecido”, com os processos e as formas já conhecidas e bem dominadas.

A dificuldade para gestão em rede no SUS nasce nesse processo. É preciso reconhecer que a concepção weberiana, de predomínio do poder burocrático vertical, com relações autocráticas definindo instâncias decisórias entre grupos de pressão e funções decisórias, sem qualquer previsibilidade ou aceitação de variáveis do ambiente social ou político, inibe, em si mesmo, a implantação de novas formas de gestão. Em sinal contrário, na perspectiva de Jacobi (2000), as redes sociais buscam horizontalização de suas decisões, até mesmo articulando as diferentes

demandas a partir de maior apoio de estruturas informatizadas.

A estrutura de rede condiciona o comportamento de seus integrantes (Silva e Vergara, 2002). Porém, é preciso reconhecer que as mudanças no SUS tinham origem em normas e portarias, tanto para incentivar como deter a evolução na concepção de rede como forma de gestão. Nesse quadro, as resistências internas às mudanças para a construção da gestão por rede é ainda maior. Quando os objetivos são claros e bem definidos na construção da rede, a resistência às mudanças organizacionais tende a recuar e a facilitar a implantação da gestão em rede. Caldas e Hernandez (2001) desenvolveram modelo de resistência individual à mudança definindo estágios que são regulados por fatores pessoais e ambientais. Para esses autores o processo de percepção e aceitação da mudança organizacional é prioritariamente individual.

Esse é um ponto essencial na análise da assimilação do conceito de rede no SUS. A individualização no aceitar de estímulos para adoção do conceito de rede implica distinguir dois comportamentos nesse processo: o primeiro, que aparece na construção de “redes informais de relacionamento”, dentro do sistema único, que adquiriu identidade e operacionalidade própria e outra, a “formal”, que obedece a outro ritmo no processo de aceitação do conceito de rede. A rigor, esse duplo procedimento, o informal e o formal, enquadra-se na evolução da teoria de redes.

Apesar da variedade de definições, trabalhamos com a noção adotada por Bastos e Santos (2007) de que rede é constituída por interações que visam a comunicação e “facilitam a troca e ajuda mútua de interesses compartilhados e de situações vivenciadas”, em especial as geradas em um ambiente de trabalho. Desse modo, é possível identificar nos estudos pioneiros de Moreno, Lewin e Heider, que trabalharam com sociogramas e matrizes sociais, uma visão de rede social como alternativa às imposições do clássico determinismo cultural da época. Essa perspectiva explicava os papéis de indivíduos e grupos quando obrigados a interagir entre si, e das possibilidades de prever comportamentos futuros dessas pessoas quando agiam integradas (Scott, 2000)

As concepções de redes sociais ganharam um

recurso teórico e metodológico básico quando as propostas de Moreno foram retomadas na década de 1950 por Cartwright e Harary que, apropriando-se da ideia de sociograma, deram sinais e direção às vontades individualizadas no grupo. A partir dessa constatação era possível desenvolver comportamentos primeiro cognitivos, de apropriação de conhecimento, que permitiam dar às organizações um “sistema de significados construídos nas relações e conexões existentes entre o membros organizacionais” (Bastos e Santos, 2007).

Esse avanço em relação a ver a rede como “sistema de significados” permitiu, já em meados dos anos 1990, fazer uma distinção conceitual importante entre o que são redes interorganizacionais diferenciadas das intraorganizacionais. A primeira vê a organização como unidade preservando sempre a ideia de que as organizações precisam uma das outras para sobreviver e a base da relação é a força de serviços, produtos ou recursos. Já as redes intraorganizacionais privilegiam os sistemas de ligação entre pessoas ou atores sociais dentro das organizações. Daí o alerta de que nas redes intraorganizacionais diferentes teias de vínculos e interesses se formam com poder suficiente para ultrapassar os muros e limites das organizações (Carvalho, 2000; Candido e Abreu, 2000).

Exatamente por esse poder, as redes intraorganizacionais podem se dividir em redes formais ou informais. A primeira, a rede formal, estabelece uma série de vínculos e laços construídos a partir das posições sociais formais ou padronizadas. Já as redes informais dispensam essa explicitação de papéis e procuram as interações que dependem de talentos pessoais e sempre estão sustentadas em opções voluntárias (Kuipers, 1999).

Vale notar que na evolução do conceito de rede, a configuração, a estrutura geral e a posição dos atores são os pilares básicos na definição estratégica externa na rede enquanto, no mundo interno, definem as relações de poder na rede. O salto nessa concepção aparece com Junqueira (2000) expondo que a característica essencial de uma rede, e que permite identificá-la em sua unicidade, não são só os atores que nela atuam, mas “o objetivo pelo qual se organizaram” naquela prática de cooperação, em especial se o meio de intervir na realidade social tem

objetivos bem definidos e, principalmente, obedece a uma ação coordenada.

Cumpra observar também, nessa evolução do conceito de rede, a importância da análise de Fleury e Ouverney (2007), sobre a estratégia de coordenação interorganizacional, em especial, quanto a “saber o que coordenar, como coordenar e quem irá coordenar as relações interorganizacionais”, sem esquecer como as estruturas de coordenação são implantadas e monitoradas e o grau de poder e controle daí resultante.

O Conceito de Rede no Programa Mais Saúde: Direito de Todos 2008 – 2011

O objetivo definido nas Diretrizes Estratégicas do Programa *Mais Saúde* é que o setor de Saúde passa a possuir duas dimensões: “é parte da política de proteção social e também fonte de riqueza para o País”. Na expectativa básica do *Mais Saúde*, o “direito à saúde articula-se com um conjunto dinâmico de atividades econômicas “que busca “crescimento econômico e equidade como objetivos complementares”. Nessa perspectiva, a ação voltada para a promoção, prevenção e assistência à saúde “não deve ser vista apenas como um ônus ou um fardo que onera o orçamento”, mas como uma “frente de expansão para a geração de investimentos, inovações, renda emprego e receita para o Estado”. Estas Diretrizes Estratégicas estimam que a Saúde movimente “de 7% a 8% do PIB” e, portanto, representa fonte importante de receitas tributárias, empregando diretamente, com trabalho qualificado formal “cerca de 10% dos postos de trabalho”, algo em torno de 9 milhões de trabalhadores em toda a cadeia produtiva do setor. Porém, no final das Diretrizes em que se propõe esta nova orientação para a Saúde, o texto oficial reconhece o “descompasso entre a conformação de um sistema universal e o processo concreto de consolidação do SUS”. E, por isso também, reconhece como a primeira lacuna para a Saúde transformar-se num dos pilares da estratégia nacional de desenvolvimento a “reduzida articulação da saúde com as demais políticas públicas, caracterizando um insulamento das ações governamentais frente às necessidades de qualidade de vida da população” (Programa Mais

Saúde, 2007). Ora, política de medicamentos integrada à rede de Atenção Básica é garantia expressa de “qualidade de vida”.

Este é o ponto essencial no processo de aceitação do conceito de rede no sistema de saúde. Como apontaram enfaticamente Silva e Vergara (2002) a estrutura de rede “condiciona o comportamento de seus integrantes”. Mudança de tal ordem na orientação do sistema como a desenhada pelo *Mais Saúde*, em que o conceito saúde se transforma em parte do negócio do setor público, exigiria um aplacar da resistência das mudanças organizacionais como proposto por Caldas e Hernandez (2001) “definindo estágios que são regulados por fatores pessoais e ambientais”. A rigor, manteve-se o predomínio de decisões burocráticas verticalizadas na nova definição e orientação do sistema, exatamente o contrário do previsto por Jacobi (2000) de que redes sociais “buscam horizontalização de suas decisões” articulando as diferentes demandas.

Quando as Diretrizes Estratégicas do Programa pedem que se pense a saúde como “parte constitutiva” de uma “frente de expansão” da cadeia produtiva da saúde “englobando as atividades industriais e os serviços” e não só a promoção, a prevenção e a assistência, a abrangência do sistema se expandiu enormemente sem que o conceito de rede tivesse se consolidado minimamente. Convém lembrar que rede é constituída de interações que “facilitam a troca e ajuda mútua de interesses compartilhados e de situações vivenciadas” como proposto por Bastos e Santos (2007). É exatamente o que ainda não se construiu no SUS como o próprio texto oficial do *Mais Saúde* reconhece ao mencionar o descompasso entre a “conformação de um sistema universal e o processo concreto de consolidação do SUS”.

Há outro entrave significativo para a execução dessa diretriz estratégica de pensar a saúde como “frente de expansão” de atividades econômicas correlatas ao sistema de saúde que só se consolida a partir de uma política conjunta de apropriação de conhecimento que funciona como um “cimento” colando as diferentes unidades com seus interesses tão diversos em um rede real integrada. Nesse aspecto, vale lembrar que o SUS é um típico sistema interorganizacional em que a organização da rede preserva sempre a ideia de que as unidades da organização

precisam sempre uma das outras para viver, e a base dessa dependência é a constante necessidade de troca de serviços, produtos ou recursos. Por sua vez, o programa *Mais Saúde* não fornece qualquer evidência ou sinal de mudança nesse conteúdo de rede. Ao contrário, privilegia e incentiva esse aspecto interorganizacional mesmo quando propõe a expansão do sistema para um eixo novo em torno do Complexo Industrial de Saúde.

A rigor, é preciso identificar com objetividade que o modelo de rede intraorganizacional não está na perspectiva do programa *Mais Saúde*. Esse modelo propõe diferentes teias de interesses que avancem com poder suficiente para ultrapassar “muros e limites das organizações”. Se esta é a pretensão do *Mais Saúde*, exatamente neste ponto o novo programa não exhibe flexibilidade suficiente para este ultrapassar de muros. A rede intraorganizacional suporta sempre a divisão entre redes formais e informais. É preciso lembrar que a diferença entre elas é a “explicitação de papéis” para promover a interação, na formal obedecendo a perfis padronizados e na informal mais dependentes de opções voluntárias.

Esse é o ponto essencial na questão da evolução do conceito de rede do *Mais Saúde*: não há qualquer definição para que a interação entre as unidades do sistema ocorra no tráfego livre entre a rede formal e informal que permitem criar a “rede de significados” que facilita a “troca e ajuda mútua de interesses compartilhados e de situações vivenciadas” (Bastos e Santos, 2007). Se a construção da rede SUS, mantida no âmbito da esfera pública, gerou o “descompasso” que o documento oficial do *Mais Saúde* reconheceu, como esperar que a aproximação com a esfera privada, no complexo industrial de saúde, consiga operar em rede e com alto grau de eficácia? Em outras palavras, se o conceito de rede não evoluiu para “significados comuns”, enquanto o sistema operava apenas na espaço público, como acreditar que a expansão do sistema abrangendo esfera privada promova essa integração de “significados”?

É preciso ter sempre presente que redes, especialmente as redes sociais, não constroem unicidade operacional a partir de seus atores e sim a partir de seus objetivos (Junqueira 2000). Nas Diretrizes Estratégicas do programa *Mais Saúde*, estão registradas as lacunas para que a saúde “se constitua

num dos pilares da estratégia nacional de desenvolvimento” e a primeira delas a “reduzida articulação” da saúde com as demais políticas públicas, seguida pelo reconhecimento oficial da “iniquidade de acesso”. Porém os destaques dessas lacunas ficam com a percepção do estado de que há um “descompasso entre a evolução da assistência e a base produtiva e de inovação em saúde”, precedendo a visão oficial de que no SUS ainda ocorre um “predomínio de um modelo burocratizado de gestão” no qual o “controle ineficiente dos meios” ocorre em detrimento dos resultados e da qualidade do serviço prestado. O Ministério da Saúde aponta que esse modelo burocratizado “perpassa toda a organização do sistema” marcando tanto a relação entre União, os estados e municípios e até o “modelo de gestão das unidades de saúde”. Ora, se é a realidade reconhecida na rede SUS, é preciso recuar nas pretensões e observar modelos de gestão de sucesso em rede.

A essência da proposta de gestão do Programa *Mais Saúde* está na construção de eixos de intervenção com a função de implementar medidas e metas prioritárias. A análise de ferramentas de gestão de sistemas que conquistaram bons padrões de operação em rede, contrapostas às propostas desses eixos de intervenção podem permitir a identificação de graves lacunas operacionais no programa *Mais Saúde*. A primeira delas envolve a percepção de que os eixos de intervenção, como estão propostos, não contribuem para a construção de um “pacto de gestão” no SUS, agora expandido na direção da iniciativa privada em Saúde. Basta observar que o primeiro passo de um pacto de gestão é perceber que cooperação financeira precisa obedecer à necessidade da população com equidade e por essa razão o melhor aproveitamento da promoção de saúde demanda “planejamento ascendente” (Silva, 2001), isto é, do município para cima e não o contrário.

O mecanismo pensado nos eixos do *Mais Saúde* mantém a lógica do planejamento a partir de decisões federais que, aliás, políticas de financiamento centralizador apenas expressamente consolidam. Quando a trajetória de gestão é definida a partir de “planejamento ascendente”, a análise dos custos e a capacidade de gastos de cada participante ficam definidas com mais eficiência. É esta cooperação para investir que corrige desigualdades e faz o pacto

ganhar sentido e eficiência. A prioridade do pacto é investir na área com menor intensidade tecnológica, definida a partir de critérios de necessidade. Estes critérios geram as *plataformas de colaboração*, especificamente mencionadas por Moore (2001) para a construção de espaços de colaboração entre os integrantes da rede.

As ferramentas de gestão propostas para o correto funcionamento em rede do SUS, retomadas dos quatro componentes recomendados por Moore (2001), redefinem os papéis dos atores no sistema operacional da rede. A instalação de um sistema de gestão de conhecimento, porque efetivamente este é propósito maior de Moore, demanda: coleção, infraestrutura de comunicação, plataforma de colaboração e outra cultura, como os quatro componentes requeridos.

O primeiro deles, *coleção*, pressupõe a base de dados, documentos e imagens, relato de experiências práticas e conhecimentos explícitos acumulados. Já o segundo componente, *infraestrutura de comunicação*, inclui o *hardware* básico, enquanto o terceiro, *plataforma de colaboração* implica na construção de espaços virtuais para intercâmbio e cooperação entre as unidades da rede. É o último componente, cultura, que na visão de Moore, é o “fator decisivo” para o sucesso ou malogro desses processos de gestão do conhecimento. É nesse componente que a história da rede efetivamente se constrói, incluindo “regras escritas e não escritas” características de qualquer relacionamento humano.

A partir desses componentes é possível construir, ainda na visão de Moore, uma tabela de avaliação de procedimento em rede, “levando em conta os principais subsistemas e as funções específicas de um sistema de gestão de conhecimento”, bem como a identificação de atores essenciais ao funcionamento da rede. A superposição entre atribuições/funções e atores produz uma tabela com três colunas: Observação, Geração e Transferência. Na primeira, enquadram-se as funções de vigilância, identificação e armazenamento. Na segunda, as atribuições de criação, adaptação e codificação. Na última, na transferência, estão as tarefas de aplicação, conexão e compartilhamento.

A proposta do eixo Qualificação da Gestão do Programa *Mais Saúde* propõe a ação regionalizada nos

termos de que é necessário avançar tanto na gestão sistêmica no contexto de uma estratégia de regionalização pactuada em torno de compromissos, quanto na mudança do modelo de gestão das unidades de saúde para dotá-las de maior flexibilidade, tendo como contrapartida o “compromisso com resultados”. A questão da gestão por resultados não pode ter como foco a unidade e sim a rede. Essa inversão cria obstáculos na construção da rede no sistema de saúde. Merece atenção que a proposta de gerir sistemas a partir de resultados na prática representa gerência de orçamento “baseado em desempenho, proposto desde os anos de 1940”, como notou Wang (1999). Essencialmente, este autor propunha adotar o princípio de abandonar lentamente o orçamento “baseado em entradas”, adotando-se em seu lugar uma atitude orçamentária “baseada em saídas”, ou seja, o programa governamental que apresentar melhores resultados operacionais passa a receber a maior fatia orçamentária.

Esse processo de gestão que por décadas impulsionou mudanças nos sistemas públicos passou a receber críticas mais insistentes no final dos anos 1980, principalmente com os alertas de Henkel (1991) sobre distribuição de fatias orçamentárias a partir de índices exclusivamente físicos. Este autor pondera que há uma “inevitável dose de subjetivismo” nessas avaliações, porque, por mais intensa que seja essa mensuração de resultados, mantém-se impossível medir “outras escalas de benefícios da ação pública”. O argumento essencial é que o valor econômico do que é gerado pela gestão pública requer análises específicas. Por exemplo, não é o número de presos de uma área maior que a da outra que garante maior sensação de segurança nessa área. Como alertaram Catellie e Santos (2004) a limitação da abordagem dos resultados das políticas e serviços públicos apenas por índices físicos “levantam a questão da mensuração econômica dos benefícios que a atuação governamental proporciona à sociedade”.

Nesse aspecto, vale lembrar a contribuição de Porter e Teisberg (2007) apresentando que o autor chamou de os “três elementos capacitadores” que ajudam os prestadores de serviço em saúde a trabalhar com “imperativos estratégicos e organizacionais”. O primeiro deles é a abordagem siste-

mática para identificação e análise dos processos. O segundo capacitador é a tecnologia da informação e o terceiro é o uso de processos sistemáticos para o desenvolvimento de conhecimento. Como insiste Porter, finalmente, a mudança de estratégias baseadas em valor exigirá “a transposição de uma série de barreiras”, desde a forma de organização dos médicos, até os modelos de pagamento e a regulamentação obsoleta.

Ainda no eixo Qualificação da Gestão do Programa *Mais Saúde* está proposto como medida para implementar as Diretrizes do referido eixo que as medidas para desenvolver o sistema integrado de planejamento com foco no repasse dos recursos federais devem viabilizar o estabelecimento de “mecanismos de premiação a partir de metas e resultados obtidos”. Ora, o prêmio na gestão despreza a análise localizada dos custos e parte da lógica de que todos os competidores estão no mesmo patamar e por isso concorrem em iguais condições na direção do prêmio. Nada mais falso, em especial na gestão pública e mais especial ainda na gestão de um sistema de saúde que se propõe único e integralizado. Os perfis de custos são muito diferentes e é o processo “em rede” que os aproxima. Nessa concepção de rede, a lógica do prêmio os separa, os desintegra, por privilegiar o resultado da unidade e não a colaboração dessa unidade para o sistema.

Este alerta não significa que sistemas em rede não podem ser avaliados. A possibilidade de avaliação existe desde que respeitada a concepção de rede. O primeiro aspecto a ser observado é a distinção entre produtos e resultados na gestão pública. Como bem ponderou Corrêa (2007), órgãos e entidades públicas “utilizam insumos financeiros, humanos e materiais para a produção de bens e serviços (produtos) destinados à consecução dos objetivos de políticas públicas (resultados)”. Enquanto produtos fornecem “visão limitada” do valor público que as políticas públicas agregam, porque medição de produtos é um processo contínuo que agrega valor às organizações, os resultados apresentam “consequências também para o ambiente externo”.

Por outro lado, o Complexo Industrial da Saúde, proposto no terceiro eixo de intervenção do *Mais Saúde*, parte da concepção de que há uma “grande fragilidade da estrutura industrial brasileira em

saúde” e que as industriais que fazem parte desse setor no Brasil “perderam competitividade internacional”. A principal medida dessa fragilidade é o déficit comercial que atingiu US\$ 5,5 bilhões em materiais importados de maior densidade tecnológica desde fármacos até equipamentos médicos de base eletrônica. Por essa razão, a Diretriz Estratégica para esse eixo do *Mais Saúde* prevê: reduzir a vulnerabilidade da política social brasileira mediante o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde, “associando o aprofundamento dos objetivos do SUS com a transformação necessária da estrutura produtiva e de inovação do País”, tornando-a compatível com um “novo padrão de consumo em saúde, com novos padrões tecnológicos”.

Por mais relevante que seja, a transformação tecnológica não é o ponto central no estabelecer de um novo perfil de consumo de saúde, porque não há condições orçamentárias de distribuir inovação tecnológica em toda a capilaridade do sistema, em especial se este sistema é pensado em termos de uma operação em rede. É na cooperação técnica, especialmente na difusão das formas de domínio das inovações, com ações articuladas entre a União e os estados, que na ponta do sistema, no município, ocorre o “novo padrão de consumo em saúde” propiciado pelos avanços tecnológicos. Sem o respeito a essa capilaridade da rede, inclusive, sequer as corretas demandas dos usuários do sistema chegam até os “produtores de novas tecnologias”. Sem esse contato com a ponta do sistema, sem essa ação articulada do município até a União (e não ao contrário), será ainda mais difícil “aumentar a competitividade em inovações das empresas e dos produtores públicos e privados das indústrias de saúde” para que, como pedem as Diretrizes do *Mais Saúde*, esses produtores se tornem “capazes de enfrentar a concorrência global, promovendo um vigoroso processo de substituição de importações de produtos e insumos em saúde”.

Conclusões

A análise das expectativas, objetivos e princípios anunciados do Programa *Mais Saúde* pode revelar a evolução do conceito de rede no SUS, principalmente, enquanto um sistema de gestão de conhecimento e inovação, base de uma ação efetivamente inte-

grada. Porém, a Constituição Federal determinou como princípio norteador para as ações e serviços públicos de saúde a integração em uma “rede regionalizada e hierárquica”, constituindo sistema único, obediente aos princípios de descentralização, prioridade às atividades preventivas e participação da comunidade. Essa determinação constitucional construiu uma teia de interesses complexa, origem do “descompasso” entre o que pede o “espírito” do SUS e sua realidade operacional, como reconheceu o Programa *Mais Saúde*. Atendendo ao objetivo deste artigo, foi possível constatar que certas fragilidades operacionais se mantêm no programa proposto em dezembro de 2007, no que diz respeito, especialmente, à evolução do conceito de rede no sistema.

A primeira hipótese de análise proposta, de que os “eixos integradores” do *Mais Saúde* se constituem em faces operacionais e interativas de um “pacto de gestão”, não se confirmou. O processo de construção de um pacto de gestão inicia-se na microrregião e não ao contrário, apesar de todo o respeito devido à autonomia e responsabilidade sanitária de cada ente federativo participante. Cooperação técnica ou financeira de estados ou da União não pode vir a ser ação concorrente à responsabilidade sanitária do município. É a construção de um “pacto”, que não dispensa nem atenua responsabilidade de nenhum dos três entes federados, que dará outra operacionalidade ao Sistema Único de Saúde. Parece desnecessário, mas é cada vez mais obrigatório repetir que a responsabilidade primeira da saúde da população está no município, porque, sem dúvida, não existe o “morador na União”. Porém, pessoas e necessidades de saúde não se resumem a uma das esferas de governo, seja ela qual for.

A Constituição não prevê nem delimita fronteiras administrativas ou jurídicas em relação a essa responsabilidade. Os “eixos integradores” sugerem que há um foco centralizador das decisões e ações de saúde em torno do ente federal, que em pouco contribui para a efetiva construção de um “pacto de gestão” no SUS. Nesse quadro, a Nova Política de Medicamentos será um aspecto importante na consolidação desse foco centralizador das decisões e ações de saúde. É essencial observar que essa política de medicamentos foi construída a partir de princípios de previsão de demanda.

A previsão de demanda admite três dimensões básicas: a do produto, a da dispersão espacial e a temporal. Os métodos usuais de previsão suportam tanto a repetição da última demanda observada, o sistema Delphi (demanda baseada em opiniões e decisões de especialistas mantidos em anonimato entre si), por analogia (previsão com base em comparação com itens similares), por média móvel aritmética simples (média aritmética de números constantes dos períodos da série temporal), por análise de regressão ou correlação (identificação de causalidade entre duas ou mais variáveis), e o da chamada Curva S, que dá prioridade ao modelo de ciclo de vida do produto, introdução no mercado, crescimento, maturidade e declínio.

O estabelecimento de uma “lista de produtos estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com a finalidade de colaborar com o desenvolvimento do Complexo Industrial de Saúde”, como exposto no artigo 1º da Portaria número 978, (Brasil, 2008), parte da perspectiva centralizadora que se distancia de conceitos básicos de previsão de demanda. O § 1º do artigo 1º define que “ocorrerá uma revisão e atualização da lista de produtos estratégicos a cada dois anos”, que não revela suficiente agilidade para a previsão. O § 2º do mesmo artigo prevê que “excepcionalmente e a critério do Ministro da Saúde poderão ser realizadas revisões e atualizações da lista”, um óbvio coroamento de visão absolutamente centralizadora. Todos da Comissão de Revisão e Atualização da lista de produtos estratégicos serão integrados por representantes dos órgãos diretivos do próprio Ministério da Saúde. É difícil evitar a conclusão de que o conceito de rede, implícito à lógica de gestão do SUS, foi postergado, se não esquecido, na formulação da Nova Política de Medicamentos.

A segunda hipótese de análise também não identificou que o princípio de rede ganhou ponto de convergência, tanto quanto a expectativas como quanto a operacionalidade, a partir da existência de um eixo integrador composto pela plena adesão do sistema a um Complexo Industrial de Saúde. Quanto ao *mix* público e privado é preciso lembrar que atendimento em saúde compõe um “mercado imperfeito”. Vale lembrar que as agências internacionais de fomento insistem desde os anos 1990 que apenas a solução de “mercado” era impossível no complexo

saúde. A lógica de mercado trabalha com demanda elástica. Em um quadro de “mercado perfeito”, todo produto pode aumentar de preço e permanecer no mercado. Duas opções se constroem no mercado perfeito: o consumidor pode não comprar, por discordar do novo preço e o produtor pode, por ações de *marketing*, por exemplo, levar o comprador ao consumo apesar do preço maior. Em outras palavras, o mercado é perfeito exatamente porque é livre. Essa situação, no entanto, é incompatível com o produto saúde: esse mercado é imperfeito porque o consumidor está impedido de “não comprar” o remédio, ou consumir o serviço que salvará sua vida. Portanto, o estado intervém na oferta de saúde, mesmo quando o mercado é livre, porque nesse produto o mercado é imperfeito uma vez que o consumidor perdeu o direito de escolha (pelo exercício do instinto de sobrevivência) e o produtor também não consegue convencer, em teoria, o comprador a consumir o produto se não está doente.

É indiscutível que a estratégia operacional do SUS começa nessa premissa. É difícil ou impossível gerar demanda elástica em saúde tanto quanto não é possível limitar a oferta do produto saúde. As distorções nessas duas propostas forçam desvios muito graves nos objetivos do *mix* público/privado nos termos pensados para o SUS. É fato que a universalidade como princípio constitucional do SUS não é compatível com a dinâmica de mercado. A lógica inerente ao Complexo Industrial de Saúde parte de uma dinâmica de “mercado perfeito” em saúde integrando expectativas de lucro da iniciativa privada à obrigação de respeito constitucional da universalidade do SUS, uma proposta que, obviamente, contém sérios elementos limitadores.

Há, também, outro ponto relevante na análise da distância entre a implantação do Complexo Industrial de Saúde e a universalidade como princípio constitucional do SUS que é o “objetivo” pelo qual se organizam as redes e nele a oferta de medicamentos. É preciso lembrar que a Nova Política de Medicamentos vinculada a um complexo industrial financiada

por banco de fomento (que, embora sendo instituição oficial, obedece a limites rigorosos de obtenção de margens de lucro líquido) deverá atender também a “funções de mercado”. Esse quadro pressupõe um “sistema de significado” em que a prioridade está na rede interorganizacional, aquela que vê a organização “como unidade”, preservando sempre a ideia de dependência entre as instâncias da rede, porém com a base da relação construída a partir da troca de serviços, produtos ou recursos, bem diferenciado da rede intraorganizacional, que privilegia o sistema de ligação entre pessoas ou atores sociais dentro das organizações. O Complexo Industrial de Saúde, portanto, tem como pressuposto a troca de interesses, com função de atendimento de mercado, como “fonte de riqueza”, reconhecida nos considerandos da política, cujo objetivo essencial é a eliminação do déficit na balança comercial do setor de saúde.

O ambiente SUS terá dificuldade de assimilar esses pressupostos e é preciso reconhecer que a proposta de inovação e atualização tecnológica ainda continuará a depender de uma reforma gerencial que mantenha e preserve o conceito de rede como elemento constituinte básico de um Sistema Único de Saúde, efetivamente universal e descentralizado.

Referências

- BARBIERI, J. C.; MACHLINE, C. *Logística hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Saraiva, 2006.
- BASTOS, A. V. B.; SANTOS, M. V. Redes sociais informais e compartilhamento de significados sobre mudança organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 47, n. 3, p.27-39, jul./set. 2007.
- BASTOS, A. V. B.; SANTOS, M. V. O schema de trabalhador comprometido: elemento definidor da identidade no trabalho. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA, 30., 2000, Brasília, *Anais...* Brasília, 2000.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 978, de 16 de maio de 2008*. Dispõe sobre a lista de produtos estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com a finalidade de colaborar com o desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde e institui a Comissão para Revisão e Atualização da referida lista. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-978.htm>>. Acesso em: 20 maio 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Aqui tem Farmácia Popular*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id_area=1095>. Acesso em: 20 maio 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Mais Saúde: direito de todos: 2008 - 2011*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf>. Acesso em 15 maio 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=947>. Acesso em: 20 maio 2008.
- CALDAS, M. P.; HERNANDEZ, J. M. C. Resistência à mudança: uma revisão crítica. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 40-56, abr./jun. 2001.
- CANDIDO, G. A.; ABREU, A. F. Os conceitos de rede e as relações interorganizacionais: um estudo exploratório. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 24, 2000, Florianópolis, *Anais...* Florianópolis: Anpad, 2000.
- CARVALHO, M. R. Redes sociais e o papel da reputação na formação de alianças estratégicas: o caso Multiplex Iguatemi. ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 24, 2000, Florianópolis, *Anais...* Florianópolis: Anpad, 2000.
- CATELLI, A.; SANTOS, E. S. Mensurando a criação de valor na gestão pública. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 423-449, maio/jun. 2004.
- CHORNY, A. H. El enfoque estratégico para El desarrollo de recursos humanos. *Educación Médica y Salud*, Washington, v. 24, n. 1, p. 27-51, enero-marzo 1990.
- CORRÊA, I. M. Planejamento estratégico e gestão pública por resultados no processo de reforma administrativa do estado de Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 487-504, maio/jun. 2007.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. *Gestão de Redes: a estratégia da regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- GALVÃO, A. Vendas das farmácias crescem com expansão da classe C e genéricos. *Valor Econômico*, p. B6, 13 jun. 2008.
- HENKEL, M. *Government, evaluation and change*. London: Jéssica Kingsley, 1991.
- JACOBI, P. Meio ambiente e redes sociais: dimensões intersetoriais e complexidade na articulação de práticas coletivas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 131-158, nov./dez. 2000.
- JUNQUEIRA, L. P. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.
- KUIPERS, K. J. *Formal and Informal networks in work place*. Stanford, CA: Stanford University, 1999.
- LAGE J.; GOES, A. Nova política pretende reduzir em 20% o déficit do setor farmacêutico. *Folha de São Paulo*, p. B9, 20 maio 2008.
- MAIA, P. R. S.; NOVAK, F. R.; ALMEIDA, J. A. G. Bases Conceituais da gestão do conhecimento na Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 287-306, mar./abr. 2004.

MISOCZKY, M. C. Redes e Hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 335-354, 2003.

MOORE, C. E. S.; BOLINCHES, S. B. El desarrollo de um sistema de gestión del conocimiento para los institutos tecnológicos. In: SEMINÁRIO LATINO-IBEROAMERICANO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA, INNOVACIÓN EM LA ECONOMIA DEL CONOCIMIENTO, 2001, San Jose, Memoria, San Jose: Instituto Tecnológica de Costa Rica, 2001, (FALTA N. DO SEMINARIO)

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a Saúde estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Editora Bookman, 2007.

SCOTT, J. *Social Network Analysis*. London: Sage Publications, 2000.

SILVA, F. S. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*, São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, J. R. G.; VERGARA, S. C. A mudança organizacional pela ótica dos indivíduos: resistência ou uma questão de sentimentos, significado e construção do sujeito. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 24., 2002, Recife, *Anais....* Recife: ANPAD, 2002.

VIANA, S. M. A descentralização tutelada. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 35, p. 35-38 jul. 1992.

WANG, X. Conditions to implement outcome-oriented performance budgeting: some empirical evidence. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial management*, Fort Lauderdale, v, 1, n. 4, p. 412-424, 1999.

WEBER, D. Programa apresenta metas ambiciosas. *O Globo*, p. 08, 06 dez. 2007.

Recebido em: 17/12/2008

Reapresentado em: 15/10/2009

Aprovado em: 06/11/2009