



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Rasga Moreira, Marcelo; Mendes Ribeiro, José; Mafort Ouverney, Assis
Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de
Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 4, abril, 2017, pp. 1097-1108
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551008>

- 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

Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites

Political Obstacles to Regionalization of the SUS: perceptions of Municipal Health Secretaries with seat in the Bipartite Interagency Commissions

Marcelo Rasga Moreira ¹
 José Mendes Ribeiro ¹
 Assis Mafort Ouverney ¹

Abstract This paper aims to identify and analyze the political obstacles to the implementation of Organizational Contract of Public Action (COAP) based on the perceptions of municipal health secretaries of Bipartite Interagency Commissions (CIB). For this purpose, we interviewed 195 secretaries (92% of the total) from October 2015 to August 2016. Based on the approach of policy analysis, the main hurdles identified were, in short, a traditional obstacle (lack of resources), one that has been gaining strength in recent years (judicialization of politics) and another, perhaps unheard of: the party-political system and the State Executive Branch are the great absentees in the coalitions in support of SUS regionalization policies. We can conclude that such obstacles indicate an extremely negative setting for the implementation of the COAP and other SUS regionalization policies. Thus, it is incumbent upon those involved to reflect, negotiate and build consensus on improving the health of the population and overcome such obstacles if, of course, they embrace the authors' concept that regionalization is fundamental for the SUS.

Key words Regionalization, Political obstacles, Policy analysis, Implementation of the COAP

Resumo O artigo tem como objetivo identificar e analisar os obstáculos políticos à implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) a partir das percepções dos secretários municipais de saúde das Comissões Intergestores Bipartites (CIB). Para isso, foram entrevistados, de outubro de 2015 a agosto de 2016, 195 secretários (92% do total). A partir da abordagem da 'análise de políticas', os principais obstáculos identificados foram, em síntese: um obstáculo tradicional (a falta de recursos), um que vem ganhando força nos últimos anos (a judicialização da política) e outro, talvez inédito: o sistema político-partidário e o Poder Executivo Estadual são os grandes ausentes nas coalizões de apoio às políticas de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Conclui-se que tais obstáculos indicam um cenário extremamente negativo para a implementação do COAP e de outras políticas que busquem a regionalização do SUS. Diante disto, cabe aos envolvidos refletir, negociar, construir consenso em torno da melhoria da saúde da população e superar tais obstáculos caso, logicamente, desposem da concepção dos autores de que a regionalização é fundamental para o SUS.

Palavras-chave Regionalização, Obstáculos políticos, Análise de políticas, Implementação do COAP

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. rasga@ensp.fiocruz.br

Introdução

A descentralização político-administrativa do sistema de saúde foi uma das principais bandeiras do Movimento pela Reforma Sanitária. Construída, dentre outros aspectos, em torno da crítica à centralização vigente no setor, então conduzida pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), a proposta foi vitoriosa na Assembleia Constituinte de 1986-1988, tornando-se um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde.

O princípio da descentralização também foi incorporado às outras políticas sociais legisladas pela Constituição Federal de 1988, em especial, educação e assistência social, que, em articulação com a saúde, estruturaram as bases de um estado de proteção social. Ao contrário, as políticas econômicas que, em última instância, são responsáveis pelos recursos que construiriam e sustentariam um estado de bem-estar, mantiveram pesadas características de centralização, desenhando uma intrincada economia política que, via de regra, tem submetido os recursos das políticas sociais às diretrizes econômico-financeiras dos governos.

Concomitantemente, houve uma importante expansão no número de municípios no País: de 1990 a 2016, registrou-se um crescimento de 24,0% (de 4.491 para 5.570), o que, em termos políticos, representa a entrada no jogo federativo do País de mais de 1.000 entes subnacionais com ampla autonomia política.

Como as normas institucionais para a criação destes municípios não foram baseadas na capacidade de gerar renda e emprego nem de prover serviços de saúde e educação compatíveis, esta expansão contribuiu para que grande parte dos municípios brasileiros se tornasse extremamente dependente do governo Federal, seja de seus repasses financeiros ou de sua capacidade formuladora e indutora de políticas.

Para a descentralização da saúde, a concordança histórica de um cenário de políticas sociais dependentes de políticas econômicas; o crescimento do número de municípios; e a dependência econômica, política e gerencial destes em relação ao governo federal, representam a explicitação de contradições que ainda hoje não conseguiram ser superadas, tornando-a um processo inacabado e de difícil sustentabilidade.

É neste contexto que a regionalização do SUS surge como estratégia vital para o processo de descentralização. Articular municípios limítrofes em busca da construção de uma rede de saúde que possa atender ao conjunto de suas popula-

ções, distribuindo custos e investimentos e criando objetivos e metas comuns, tornam-se necessidades do Sistema de Saúde.

Desde a Lei 8080/90, importantes estratégias político-normativas foram criadas, com maior ou menor grau de pactuação, para impulsionar e/ou efetivar a regionalização (NOBs, NOAS, Pacto pela Saúde). A despeito de avanços em determinados aspectos e regiões, estas normatizações não foram suficientes para superar os obstáculos à regionalização e à descentralização.

Em 2011, o governo Federal apresentou, via Decreto 7508, uma nova política por meio da qual os municípios e estados são incentivados a celebrarem o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que, normatizando de maneira pactuada as relações entre os serviços de saúde dos municípios das 438 regiões de saúde do Brasil, tem como objetivo consolidar o processo de regionalização e descentralização do SUS.

Desde então, o Ministério da Saúde tem enviado esforços para construir a pactuação em torno do COAP em todo o País. Um vigoroso movimento político foi desenvolvido e avanços foram conquistados, mas, efetivamente, apenas dois Estados (Mato Grosso do Sul e Ceará) assinaram o Contrato, evidenciando que há importantes obstáculos a serem superados.

Tais obstáculos articulam-se em torno das dimensões mais importantes do SUS, sobretudo no que concerne à oferta/provisão de profissionais, serviços e equipamentos, à adequação jurídico-normativa (tanto no âmbito da judicialização quanto no da responsabilidade sanitária) e às questões político-econômicas envolvidas.

Se, por um lado, parte destes obstáculos é mais visível, por outro, parte importante ainda permanece parcial ou totalmente velada, seja em sua enunciação ou em suas causas e motivos.

O objetivo deste artigo é contribuir com a identificação e a compreensão de tais obstáculos, tendo como recorte aqueles que se referem às questões políticas (em especial, as vinculadas ao financiamento setorial e à judicialização) e, como aporte teórico, o referencial da análise de políticas (*policy analysis*).

A análise de políticas e suas contribuições para os estudos sobre regionalização

A regionalização do sistema público de saúde reflete os temas políticos associados à descentralização territorial ou à própria municipalização. As coalizões políticas que sustentam este debate e geram soluções em termos de normatização têm

bastante identidade e a descentralização é aqui tratada de modo a recobrir os diferentes formatos de transferência de status políticos para entes subnacionais.

O termo ‘regionalização’ é polissêmico, refletindo distintas noções que incluem desde estratégias de devolução de atribuições a mercados até a descentralização administrativa e a desconcentração de poderes para coletivos menores. Neste artigo, a regionalização, a descentralização e a municipalização serão tratadas como partes de uma mesma agenda e características de coalizões políticas semelhantes.

Neste contexto, a literatura setorial compartilha convicções quanto às virtudes na redução de desigualdades regionais e de caráter social, o que pode ser percebido quando se pesquisam as orientações políticas de dirigentes, como feito neste artigo.

Portanto, a regionalização responde a uma política governamental. Como tal, seu estudo é objeto frequente nas ciências humanas e envolve diferentes escolas e estratégias metodológicas, das quais uma das mais tradicionais e importantes é a da ‘análise de políticas’, de características multidisciplinar e orientada não apenas ao entendimento do processo decisório no setor público, mas à proposição de soluções para as políticas governamentais.

Como mostram Geva-May e Pal¹, o desenvolvimento da análise de políticas tem gerado, em diversos países, uma atividade que, avançando nas fronteiras academia-política, tem se constituído em um campo diferente do das pesquisas avaliativas não orientadas a recomendações de ações governamentais.

Embora políticas possam ser estudadas por distintos métodos e escolas, a ‘análise de políticas’ mostra-se mais adequada devido ao foco na busca por explicações e na produção de recomendações, num processo que articula informações obtidas pelo levantamento de percepções e opiniões de dirigentes, especialistas, lideranças e empreendedores; documentos e normativas; dados administrativos; e inquéritos de vários tipos.

Um importante estudo sobre o modelo da análise de políticas, seu caráter multidisciplinar e sua científicidade, é o realizado por Majone². Nele, as opiniões e as percepções de dirigentes e de especialistas setoriais têm especial relevância, o que reforça a opção de tomá-lo aqui como referência teórico-metodológica.

Outro pilar do campo da análise de políticas é o reconhecimento de que a tomada de decisões ocorre em ambientes complexos, em que

os atores têm uma *racionalidade limitada*, isto é, não têm plena capacidade de estabelecer seus próprios interesses e nem de compreender os dos demais. Assim, percepções, noções de valores e de benefícios, ainda que sólidas, são ajustadas ao longo do processo decisório e de acordo com os ambientes institucionais.

Mesmo em tais contextos, alguns padrões podem ser identificados. Lindblom³, em abordagem incrementalista, destacou a capacidade de agentes em capturar informações para orientar escolhas políticas viáveis e marginalmente diferentes em meio a um núcleo consensual.

Em arenas decisórias mais restritas a legislativos e governos, o influente modelo desenvolvido e atualizado por Kingdom⁴ põe em evidência fluxos decisórios envolvendo empreendedores, janelas de oportunidades, opinião pública e ações de políticos e funcionários, que, em conjunturas especiais, podem gerar um ciclo virtuoso de inovações e mudanças políticas.

A adequação dos métodos da ‘análise de políticas’ para o contexto brasileiro – de instituições democráticas ainda embrionárias – é evidente para os autores deste artigo e pode ser identificada, em suas próprias origens, como uma ciência para a democracia e destinada a influenciar governos⁵.

Esta tradição, fortalecida por Wildovsky⁶, orienta as análises aqui desenvolvidas a partir das opiniões e percepções dos secretários de saúde que ocupam espaços decisórios privilegiados na implementação da política pública de saúde no Brasil. Esta adequação é reforçada pelos recentes estudos de Vaitsman et al.⁷, que ressaltam o contexto brasileiro de tentativa de redemocratização.

É com este conjunto de referências que o presente artigo analisa os obstáculos à implementação de uma política recente de regionalização, o Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP, enfatizando as percepções dos tomadores de decisões. Para que se possa compreender a amplitude da ‘análise de políticas’, as reflexões e os resultados aqui apresentados devem ser articulados aos resultados observados em recente pesquisa sobre a implementação do COAP a partir de parceria realizada entre a ENSP/Fiocruz e o DAI/SGEP/MS⁸.

Para este artigo, o passo adiante é o de identificar como a literatura setorial aborda o processo de regionalização do SUS, dialogando com os autores que estudaram a questão a fim de se destacar como abordaram seus impasses e obstáculos. Articulando tais achados à abordagem de ‘análise de políticas’ acima discutida, constrói-se o arca-

bouço teórico-prático que norteia a apresentação e a discussão dos obstáculos que surgem das percepções dos secretários municipais entrevistados.

Os estudos que buscam compreender a trajetória de evolução das relações intergovernamentais e a dinâmica político-institucional da descentralização do SUS oferecem visões específicas sobre os obstáculos que dificultam a regionalização das ações e dos serviços de saúde, buscando compreendê-los a partir de três grupos de fatores explicativos: (i) as macro transformações de natureza política, econômica e institucional externas ao setor saúde, (ii) a dinâmica política interna e a correlação de forças setorial, e (iii) as regras da descentralização e os incentivos financeiros definidos pelo Ministério da Saúde.

O primeiro conjunto de estudos distingue-se pela ênfase nas influências expressivas das agendas nacionais sobre o regime setorial de relações federativas, identificando e explicitando tendências significativamente opostas quando se compara a orientação das mudanças que tomaram lugar nas últimas três décadas ao longo do eixo descentralização-centralização.

Estas tendências podem ser assim sintetizadas: de um lado, a agenda do período de transição para a democracia, impulsionada pelo retorno das eleições diretas, o fortalecimento fiscal dos entes subnacionais e as inovações da Constituição Federal de 1988, que enfatizaram o fortalecimento dos governos locais; de outro, as transformações promovidas pelas reformas de cunho neoliberal da década de 1990, com medidas de estabilização monetária, reforma administrativa do Estado, renegociação das dívidas dos estados, privatização de bancos e empresas de estados, Desvinculação das Receitas da União – DRU, entre outros, que criaram um impulso re-centralizador⁹⁻¹⁴.

Essa divergência de agendas resultou em uma descentralização insuficiente e precária que não permitiu formar bases financeiras e administrativas consistentes, levando os estados e os municípios a terem pouca capacidade para contratar profissionais e gestores, a competirem por recursos (guerra fiscal), a adotarem estratégias de barreiras de acesso a usuários e a recusarem, em muitos casos, a assumir responsabilidades. Esse contexto produziu pouco estímulo para a cooperação e a articulação entre os municípios nas regiões de saúde, dificultando a regionalização do SUS.

Um segundo conjunto de estudos sobre as relações intergovernamentais no SUS dá destaque à amplitude do pacto de poder que conferiu força política ao MRS para promover expressivas

transformações no desenho institucional do sistema de saúde no Brasil¹⁵⁻¹⁹.

Nessa lógica, o aprofundamento das reformas que levaram ao SUS, buscando aperfeiçoá-lo, tem relação direta com a capacidade do MRS de rearticular o amplo e pluripartidário movimento político e social que abarcou acadêmicos, estudantes, gestores, militantes dos partidos de oposição, profissionais de saúde, parte da burocracia federal e de prestadores de serviços, entre outros, em torno da defesa de agendas nacionais.

Embora essa base pluripartidária tenha se mantido articulada na defesa dos pressupostos mínimos de implementação da descentralização ao longo das três décadas, sua capacidade de impulsionar agendas como o financiamento setorial, as relações com o setor privado setorial e a regionalização, é limitada. Isto tem sido relacionado a características do processo de implementação do SUS que, entre outros, direcionou a atenção dos atores setoriais para a agenda interna; reduziu os vínculos com atores da sociedade civil (partidos, movimentos sociais associações de classe, etc.); produziu disputas por recursos escassos nas áreas de segurança social (saúde, previdência e assistência social); envolveu a judicialização da política; e aos conflitos federativos entre MS, CONASS e CONASEMS.

Finalmente, um terceiro conjunto de estudos atribui à regulamentação federativa microinstitucional, expressa em dispositivos legais e incentivos financeiros definidos pelo Ministério da Saúde e suas unidades organizacionais, a direção assumida pelas relações intergovernamentais no SUS. Seus autores, em geral, enfatizam o impacto das estratégias de indução internas ao setor saúde sobre as mudanças ocorridas no arranjo de relações entre a União, os estados e os municípios²⁰⁻²⁴.

Tais estudos atribuem ao escopo de distribuição de responsabilidades e atribuições inscritas em regulamentos temporários, editados pelo Ministério da Saúde (na maioria das vezes com a validação de CONASS e CONASEMS), na forma de normas operacionais ou similares, a configuração assumida pelo arranjo de relações intergovernamentais no SUS em cada momento do processo de descentralização.

Nessa perspectiva, as dificuldades de se avançar na regionalização do SUS pode ser explicada a partir do escopo de regras contido em cada um dos marcos normativos da descentralização, que poderiam ter induzido a concentração de poder, responsabilidades e recursos na esfera municipal, ou mesmo ter preservado e mantido legados federativos mais centralizadores favorecendo o

nível federal. Os autores também enfatizam o enfraquecimento do papel desempenhado pela esfera estadual na governança e na coordenação de redes de atenção à saúde.

Comum a esses três ramos da literatura sobre as relações intergovernamentais no SUS é a constatação de que a regionalização é um processo multideterminado em que fatores políticos, econômicos e institucionais interferem no rumo e na consolidação das estratégias, sendo esse enfoque mais amplo o que se trabalha neste artigo.

Como os autores citados não tiveram como foco o COAP, o desafio é o de identificar em seus olhares o que pode ser avaliado na análise de uma nova política que, aqui, será trabalhada como pertencente à linhagem das que tentaram impulsionar a regionalização do SUS, observadas, logicamente, suas especificidades, em especial a de propor um contrato como expressão oficial da pactuação.

O COAP fundamenta-se na interdependência e compartilhamento pactuado de recursos e expertises das esferas da federação. Pretende estabelecer uma nova governança federativa, de natureza contratual, que tem como objetivo materializar o compromisso entre as esferas da federação em torno da integração de ações e serviços de saúde de uma determinada região, buscando estabelecer uma estratégia de coordenação federativa pautada na definição clara de responsabilidades de cada ente e de metas a serem atingidas.

Apesar de ser criado por um Decreto Presidencial e ter tido expressivo destaque na agenda nacional do SUS nos anos iniciais do primeiro mandato da Presidenta Dilma Rousseff, sua implementação tem sido difícil, tendo pouco avançado desde então, o que sugere que expressivos obstáculos têm se imposto. Portanto, o conhecimento desses obstáculos é de extrema relevância para o desenho de futuras agendas de regionalização e os secretários municipais de saúde, em especial os que possuem assento nas CIBs, são informantes estratégicos para se obter informações qualificadas sobre os possíveis impactos dos diversos aspectos apontados na literatura setorial acima abordada. Sua posição como agentes centrais de decisão aproxima-os do sistema político interno e externo ao setor saúde, ao mesmo em que suas responsabilidades como gestores torna-os conhecedores dos aspectos econômicos e administrativos cotidianos da implementação das políticas e programas no nível local do SUS. Passe-se, pois, aos aspectos metodológicos da pesquisa que levantou suas percepções e, em seguida, à discussão destas.

Aspectos Metodológicos

O objetivo de analisar os obstáculos políticos, gerenciais e financeiros à implementação do COAP decorre de uma questão norteadora altamente relevante para a política pública. Trata-se da constatação da baixa capacidade que o SUS demonstra em regionalizar a atenção à saúde na direção da redução das grandes desigualdades regionais assinaladas pela própria literatura especializada anteriormente discutida e definida de modo objetivo em estudo recente²⁵. Neste sentido, analisar as percepções de tomadores de decisões nos principais órgãos colegiados do SUS se mostra metodologicamente bastante vantajoso para se alcançar o objetivo geral do estudo.

Para identificar os obstáculos político-econômicos à implementação do COAP, optou-se por trabalhar com as percepções dos Secretários Municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs). Esta opção justifica-se pois estes Secretários são atores-chave para o processo de implementação do COAP, uma vez que conjugam representatividade, ativismo político e poder decisório.

As percepções foram levantadas por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas no âmbito da referida pesquisa sobre a implementação nacional do COAP⁸, coordenada pelos autores do artigo. Para a entrevista, a Equipe de Pesquisa elaborou um instrumento contendo 38 questões, das quais 6 abertas, 24 fechadas e 8 mistas.

As 26 Comissões Intergestores Bipartites espalhadas pelo País contam com 212 assentos para os Secretários Municipais de Saúde. Para este artigo, foram entrevistados, no período de outubro de 2015 a agosto de 2016, 195 (92%) Secretários. A perda de 8% teve caráter aleatório, não foi motivada por recusa e pode ser desprezada, conformando um caráter censitário à Pesquisa.

Todos os entrevistados concordaram com a utilização de suas falas em artigos científicos, atestando seu aceite por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ao ter como foco uma análise das percepções de atores-chave da política, o artigo caminha por uma abordagem típica à da análise de políticas (*policy analysis*), que busca articular pesquisa social de fonte primária, referencial teórico da ciência política e produção de evidências que orientem a tomada de decisões.

É neste contexto que as reflexões aqui apresentadas assumem aspectos de recomendações voltadas para o debate e o aperfeiçoamento da política de regionalização do SUS. Para tanto, é

preciso, antes, apresentar os referenciais teóricos sobre análise e regionalização de políticas que estruturarão a análise dos dados.

Percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas CIBs sobre as possibilidades de implementação do COAP em 2015-2016

A fim de contextualizar a discussão em torno dos obstáculos políticos e econômicos que envolvem a implementação do COAP, a Tabela 1 apresenta características selecionadas dos Secretários entrevistados, delineando um breve perfil dos sujeitos da pesquisa.

Constata-se, de início, que cerca de 94% dos entrevistados são Secretários de municípios que não assinaram o COAP (dos quais 17 capitais), indicando a potência dos obstáculos que a implementação desta política enfrenta e conferindo maior interesse às respostas dos entrevistados, protagonistas deste processo.

Embora não se possa considerar baixa a participação de mulheres e de secretários que exercem o cargo pela primeira vez, um Perfil dos entrevistados que leve em conta as variáveis mais frequentes da Tabela 1 indica um predomínio de homens, com faixa etária entre 30 e 50 anos, com pós-graduação, filiados a partidos políticos e que já exerceram o cargo de secretário municipal de saúde, seja no atual ou em outro município, e que têm alto comparecimento às reuniões da CIB.

A comparação desse perfil com o levantado por Fleury et al.²⁶ para o ano de 2006, a partir de um conjunto mais amplo de secretários municipais, mostra que, entre as lideranças com assento nas CIBs, prevalece um padrão caracterizado por maior presença de homens (55,4% contra 49,2% apontados por Fleury et al.²⁶), mais velhos (28,7% contra 21,7% com idade acima de 50 anos), com mais instrução (89,1% contra 67,3% que possuem pelo menos o nível superior) e com mais experiência anterior (54,9% contra 23,6% que já haviam ocupado o cargo antes). Os níveis de filiação partidária dos secretários observados em ambas as pesquisas são praticamente iguais (60% contra 60,4%).

Levando-se em conta o elevadíssimo percentual de entrevistados que são secretários de municípios que ainda não haviam implementado o COAP, as respostas à primeira afirmação da Tabela 2 são extremamente importantes para apontar a descrença quanto à assinatura do contrato até o final de 2016, visto que 67,3% revelaram

grau de concordância “baixo” ou “muito baixo” com tal afirmação.

Este primeiro dado já aponta que o processo de implementação do COAP enfrenta poderosos obstáculos. Cabe, no âmbito deste artigo, identificar, na percepção destes importantes atores do processo, os principais obstáculos econômicos e políticos. E a Tabela 2 fornece importantes pistas para tal identificação ao apontar que: (i) os governos estaduais têm interesse na implementação; (ii) os municípios serão os maiores beneficiados pela assinatura do COAP; mas (iii) se não houver a aplicação de recursos novos por parte do governo federal e dos estaduais, a implementação será muito difícil.

A questão econômica, mais notadamente o investimento de novos recursos por parte da União e dos Estados, começa a assumir, na percepção dos entrevistados, a posição de principal obstáculo para a implementação do COAP, o que é referendado pela Tabela 3, na qual “falta de recursos financeiros da União” é a predominante, “falta de recursos financeiros do estado” é a terceira mais frequente, e “falta de recursos financeiros dos municípios” é a quarta. Somando-se estes três obstáculos, atinge-se a 54,9%. É possível, ainda, agregar a estes os que apontaram “ausência de interesse dos gestores em alocar recursos financeiros existentes para ampliar a eficiência da rede”, chegando-se a 58,0%.

Importante notar que, na pergunta que originou a Tabela 3, foi apresentada aos entrevistados a lista com as 12 situações ilustradas e solicitado que as ordenassem em termos de importância, isto é, ranqueando-as da mais importante para a menos importante. Assim, a Tabela 3 focaliza as frequências reais e percentuais das situações que foram indicadas como as mais importantes pelos entrevistados.

Chama atenção na Tabela 3 que o segundo obstáculo mais citado é “recepção de ações no judiciário e/ou da atividade do Ministério Público”, superando “falta de recursos do estado” e suplantando o somatório dos ligados à insuficiência da rede de serviços e de médicos. Isto aponta para o preocupante peso da judicialização da saúde na gestão do SUS.

A “falta de interesse político” do Poder Executivo certamente é um forte obstáculo à implementação de qualquer política pública, ainda mais no contexto federativo do SUS, sem hierarquias. Contudo, em relação às demais situações, menos entrevistados consideraram-na como a mais importante, como mostra a Tabela 3.

Tabela 1. Características Selecionadas dos(as) Secretários(as) Municipais de Saúde com Assentos nas CIBs Entrevistados e dos Municípios em que atuam. 2015. Freqüências absolutas e relativas. (n = 195).

Sexo	108 (55,4%) homens; 87 (44,6%) mulheres;
Faixa Etária	64 (32,8%) 41 a 50 anos; 62 (31,8%) 31 a 40 anos; 50 (25,6%) 51 a 60 anos; 6 (3,1%) mais de 60 anos; 1 (0,5%) não respondeu.
Nível de Escolaridade	124 (63,5%) Pós-graduação; 50 (25,6%) Superior; 19 (9,7%) Ensino Médio; 2 (1,0%) não responderam.
Experiência no Cargo	107 (54,9%) já ocuparam cargo de Secretário(a) de Saúde anteriormente; 88 (45,1%) não ocuparam cargo de Secretário(a) de Saúde anteriormente
Filiação Partidária	118 (60,0%) são filiados(as) a partidos políticos; 75 (38,5%) não são filiados(as) a partidos políticos; 2 (1,5%) não responderam
Região do País em que se localiza o Município	N (66/33,8%); NE (53/27,2%); CO (26/13,3%); SE (30/15,4%); e S(20/10,3%)
Porte Populacional do Município	0-5mil (12/6,2%); 5-10mil (30/15,4%); 10-20mil (27,13,8%); 20-50 (47/24,1%); 50-100mil (27/13,8%); 100-500mil (34/17,4%); e +500mil (18/9,2%)
% de Reuniões da CIB em que participou desde que assumiu o cargo de Secretário	147 (75,4%) de 80 a 100%; 23 (11,8%) de 60 a 80%; 9 (4,6%) de 40 a 60%; 7 (3,6%) de 20 a 40%; 6 (3,1%) de 0 a 20%; 2 (1,0%) não respondeu; e 1 (0,5%) não houve reunião;
Município assinou o COAP	SIM (12/6,2%), NÃO (183/93,8%)

Fonte: elaborado pelos autores a partir dos dados da Pesquisa “Análise da Implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP”¹.

A Tabela 4 aprofunda esta questão do “interesse político” ao sistematizar as percepções dos entrevistados ao posicionamento das principais lideranças e instituições de seu Estado em relação à implementação do COAP.

A mais importante constatação sobre esta Tabela 4 é a de que os entrevistados não sabem o posicionamento da grande maioria das lideranças e instituições de seu Estado, sendo que os posicionamentos mais conhecidos são os do

Tabela 2. Percepções dos(as) Secretários(as) Municipais de Saúde com Assentos nas CIBs Entrevistados Acerca do Processo de Implantação do COAP 2015. (n = 195).

Afirmação / Questão de Pesquisa	Grau de Concordância (%)						
	Muito Alto	Alto	Regular	Baixo	Muito Baixo	Não Respondeu	Não Sabe
1) “Até o final de 2016, a maioria das regiões de saúde de seu Estado terá assinado o COAP”	3,6	6,7	20,0	23,1	44,6	1,5	0,5
2) “O governo estadual não tem interesse em implantar o COAP em seu Estado”	13,3	12,3	28,7	20,5	22,6	1,5	1,0
3) “O governo Federal não tem interesse em implantar o COAP no País”	5,6	14,9	27,7	27,2	23,6	0,5	0,5
4) “Os governos municipais não têm interesse em implantar o COAP em suas Regiões de Saúde”	5,1	10,8	34,9	29,7	18,5	0,5	0,5
5) “O COAP só vai ser implantado no País se o Governo Federal aplicar novos recursos vinculados à sua assinatura”	47,2	35,9	7,2	5,1	4,1	0,5	0,5
6) “O COAP só vai ser implantado no Estado se o Governo Estadual aplicar novos recursos vinculados à sua assinatura”	42,6	42,1	10,3	3,1	2,1	0,0	0,0
7) “Os Municípios serão os maiores beneficiados pela assinatura do COAP em suas Regiões de Saúde”	21,0	37,9	23,0	11,8	6,2	0,0	0,0
8) “Assinar o COAP só interessa aos Municípios pequenos”	2,6	7,7	45,0	35,9	30,3	0,0	0,5
9) “O COAP é um processo trabalhoso e sem vantagens já que não está associado a novas transferências federais”	14,4	18,5	23,6	23,1	20,5	0,0	0,0
10) “O COAP é um processo trabalhoso e sem vantagens já que não está associado a novas transferências estaduais”	13,3	17,4	23,6	22,6	22,6	0,5	0,0

Fonte: elaborado pelos autores a partir dos dados da Pesquisa “Análise da Implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP”¹.

próprio setor saúde. É impressionante o elevado percentual de “não sabe” em relação a governadores, partidos políticos e liderança do governo no legislativo.

A Tabela 5 aprofunda estes dados ao ilustrar que a percepção dos entrevistados sobre o interesse na implementação do COAP dos partidos políticos que fazem parte da gestão estadual, das câmaras municipais e das lideranças das regiões de saúde é “nulo” ou “baixo” em mais de 60% dos casos.

Estes resultados permitem uma melhor análise dos verificados na Tabela 3, superando uma possível impressão de que a “falta de interesse político” não é um obstáculo tão grande à implementação do COAP, pois quando se constata que Secretários de Saúde tão importantes não sabem o posicionamento das lideranças e instituições políticas, fica claro que tal política pública tem

pouca ou nenhuma relevância para além das esferas da saúde.

Considerações Finais

As persistentes desigualdades regionais são amplamente assinaladas na literatura aqui analisada e, além da sua persistência, existem indícios de agravamento, como recentemente destacado²⁷. Assim, tais assimetrias regionais representam evidente obstáculo à regionalização por aumentar o esforço de cooperação entre desiguais. Como tem sido demonstrado, a condição social dos indivíduos e seu local de moradia é importante fator de acesso a serviços de saúde no país²⁸.

Outros obstáculos à regionalização decorrem de importantes fatores associados às fragilidades

Tabela 3. Percepções dos(as) Secretários(as) Municipais de Saúde com Assentos nas CIBs Entrevistados Acerca de Obstáculos para a Implementação do COAP 2015. (n=195).

Obstáculo para a Implementação do COAP	N	%
Falta de recursos financeiros da União	67	34,4
Receio de ações no judiciário e/ou da atividade do Ministério Público	25	12,8
Falta de recursos financeiros do Estado	23	11,8
Falta de recursos financeiros dos Municípios	17	8,7
Falta de interesse político do Governador	13	6,7
Dificuldades dos municípios em compartilhar ações e serviços de saúde nas regiões	8	4,1
Número insuficiente de serviços públicos estatais no território	6	3,1
Ausência de interesse dos gestores em alocar recursos financeiros existentes para ampliar a eficiência da rede	6	3,1
Número insuficiente de serviços privados nas regiões de saúde	5	2,6
Falta de interesse político dos prefeitos	5	2,6
Falta de interesse do Ministério da Saúde	4	2,1
Falta de médicos para compor equipes nas regiões de saúde	4	2,1
Não sabe/Não respondeu	12	6,2
TOTAL GERAL	195	100,0

Fonte: elaborado pelos autores a partir dos dados da Pesquisa “Análise da Implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP”¹.

em políticas de desenvolvimento regional que muitos atribuem a efeitos de agendas de política macroeconômica orientadas à redução do papel do Estado na economia^{29,30}. Como aqui assinalado, o que se observa é a baixa capacidade do federalismo brasileiro em produzir efeitos cooperativos no sistema de saúde²⁵.

Os resultados deste estudo, além de se alinharem nesta direção, lançam luz quanto ao conhecimento de fatores motivadores da ação política por parte de importantes tomadores de decisões no sistema. Em resumo, como visto, a coalização política e partidária em torno da defesa dos fundamentos do SUS se enfraqueceu e se apresenta hoje em dia mais frágil do que na conjuntura dos anos 1980 da qual resultou a criação do SUS.

O primeiro obstáculo a ser analisado diz respeito aos ‘custos de transação’ que, como anteriormente referido, tendem a ser elevados em processos de contratualização que envolvem entes com autonomia política, caso da implementação nacional do COAP.

Para o processo político, isto indica que o ente que tem interesse na implementação da política deve ser capaz de criar uma cadeia de incentivos que tenham poder de convencimento e indução junto aos demais envolvidos na contratualização. Em termos práticos, cabe ao governo federal, via

Ministério da Saúde, criar tais incentivos a fim de mobilizar Estados e Municípios para implantar o COAP.

Justamente por se tratar de uma contratualização, esta cadeia de incentivos precisa se aproximar das demandas daqueles com os quais se quer contratualizar. E aqui surgem obstáculos políticos, financeiros e econômicos intensos para o processo de implementação do COAP.

De acordo com as percepções dos Secretários Municipais de Saúde entrevistados, o principal elemento desta cadeia de incentivos envolve recursos financeiros, em especial os chamados “novos recursos”, ou seja, um acréscimo no orçamento da saúde, não previsto originalmente.

Se este aumento não estava previsto no governo Dilma Rousef, que lançou o COAP, parece ser improvável que ocorra nos próximos anos, em especial por conta da proposta de emenda à constituição 55/2016, aprovada pelo congresso nacional em 13 de dezembro de 2016, que estabelece um teto para o crescimento dos gastos públicos por um período de 10 a 20 anos.

Considerando o gasto público como um dos principais problemas econômicos do País, o governo atual indica que o limite de recursos para as políticas sociais deve ser o atualmente gasto, com mínima expectativa de variação positiva,

Tabela 4. Percepções dos(as) Secretários(as) Municipais de Saúde com Assentos nas CIBs Entrevistados Acerca do Posicionamento das Principais Lideranças Políticas e Instituições de seu Estado em relação à Implementação do COAP. 2015. (n = 195).

Atores	Muito contrária	Contrária	Indiferente	Favorável	Muito favorável	Não sabe	Não respondeu
Governador	0,5%	9,2%	13,8%	20,5%	7,2%	48,7%	0,0%
Secretário estadual saúde	1,5%	8,2%	12,3%	37,4%	11,8%	27,7%	1,0%
Líder do governo	0,5%	1,5%	19,5%	7,2%	0,5%	70,8%	0,0%
Líder da oposição	0,0%	2,1%	20,0%	7,2%	0,0%	70,8%	0,0%
Secretário de fazenda	0,5%	7,2%	11,8%	4,1%	0,5%	74,9%	1,0%
Presidente do COSEMS	0,0%	8,2%	5,1%	48,7%	26,2%	11,8%	0,0%
SMS cidades grandes	1,0%	11,3%	7,7%	40,5%	11,3%	28,2%	0,0%
SMS cidades pequenas	1,0%	9,2%	15,9%	36,9%	17,4%	19,5%	0,0%
Trabalhadores	0,0%	2,1%	32,3%	24,1%	3,6%	37,9%	0,0%
Diretores hospitais públicos	0,0%	4,6%	25,1%	21,5%	4,6%	43,1%	1,0%
Diretores hospitais privados	0,5%	8,7%	24,1%	9,2%	2,1%	55,4%	0,0%
Juízes	0,0%	0,0%	13,3%	22,1%	8,2%	56,4%	0,0%
Ministério Público	0,0%	0,0%	9,7%	30,8%	12,8%	46,7%	0,0%
Partidos	0,0%	0,5%	24,6%	7,2%	0,0%	67,7%	0,0%
Laboratórios	0,0%	6,2%	22,1%	12,8%	0,5%	58,5%	0,0%
Centros de imagem	0,0%	5,6%	20,5%	14,4%	0,5%	59,0%	0,0%
Sindicatos	0,0%	3,1%	22,1%	18,5%	0,5%	55,4%	0,5%
Associações de moradores/lideranças populares	0,0%	1,5%	17,9%	17,9%	1,5%	61,0%	0,0%
Conselho regional de medicina	0,0%	5,6%	20,5%	11,8%	1,5%	60,5%	0,0%
Deputados/vereadores	0,5%	2,1%	21,0%	13,3%	0,0%	63,1%	0,0%
Igrejas	0,0%	0,0%	21,5%	8,7%	0,5%	68,7%	0,5%
Mídia	0,0%	0,5%	24,1%	12,3%	0,5%	62,1%	0,5%
Consórcios intermunicipais	0,0%	4,6%	10,3%	31,3%	4,1%	45,1%	4,6%
Conselhos estaduais de saúde	0,0%	2,1%	9,2%	45,1%	8,7%	34,4%	0,5%
Conselhos municipais saúde	0,0%	3,6%	12,3%	53,3%	8,7%	22,1%	0,0%
Planos de saúde e seguradoras	3,1%	8,7%	17,9%	2,6%	0,0%	67,7%	0,0%
Tribunais de contas	0,0%	0,5%	8,7%	29,2%	8,7%	52,8%	0,0%
Indústria farmacêutica e de equipamentos	1,0%	5,1%	19,0%	8,2%	0,5%	66,2%	0,0%

Fonte: elaborado pelos autores a partir dos dados da Pesquisa “Análise da Implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP”¹.

que, por sinal, é suplantada por expectativas de corte. Assim, a política econômica centralizada em Brasília não sustenta as iniciativas descentralizantes da política social, subjugando os interesses de Municípios e Estados, já fartamente

endividados e cobrando do governo federal mudanças nos perfis de suas dívidas e brechas cada vez maiores na Lei de Responsabilidade Fiscal.

Nesta conjuntura, a percepção dos secretários municipais de saúde entrevistados sobre a ne-

Tabela 5. Percepções dos(as) Secretários(as) Municipais de Saúde com Assentos nas CIBs Entrevistados Acerca do Interesse dos Partidos e das Principais Lideranças Políticas de seu Estado em relação ao COAP. 2015. (n = 195).

Partidos e Lideranças Políticas	nulo	baixo	regular	elevado	não sabe/ não respondeu
Partido político de filiação do governador	39,0%	22,6%	24,1%	5,1%	9,3%
Demais partidos da base governista estadual	39,5%	25,1%	25,1%	1,0%	9,3%
Câmaras de vereadores em geral	43,6%	27,7%	18,5%	2,1%	8,2%
Lideranças partidárias das regiões de saúde	33,3%	26,7%	28,7%	3,1%	8,2%

Fonte: elaborado pelos autores a partir dos dados da Pesquisa “Análise da Implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP”¹.

cessidade de se incrementar recursos financeiros para incentivar a implementação do COAP aponta para um obstáculo de difícil transposição.

Se essas percepções refletirem efetivamente a realidade, o obstáculo econômico representado pela inviabilidade de novos recursos será, provavelmente, aquele cujo potencial de inviabilizar o COAP mais se destaca. Em termos gerais, este obstáculo não é uma novidade no SUS, sendo sobejamente conhecidos os movimentos por aumento nos recursos da saúde.

O que parece ser um poderoso obstáculo novo é o que aponta, segundo as respostas dos entrevistados, que o sistema político-partidário e o Poder Executivo Estadual são os grandes ausentes nas coalizões de apoio às políticas de regionalização do SUS.

Esta é uma situação incomum no setor saúde. Desde o Movimento pela Reforma Sanitária e da criação do SUS, a política de saúde tem sido de extremo interesse para as coalizões políticas. É possível afirmar que o SUS teve, ao longo de sua história, apoio suprapartidário e de lideranças sociais, muitas vezes manifestando-se na pressão e/ou na ocupação de cargos nos executivos municipais e estaduais que garantiram o apoio destes em vários momentos críticos.

Aqui não se está fazendo juízo de valor desta ausência. Não há dados que permitam ir muito além da constatação do problema. E isto aponta para uma agenda de pesquisas futuras que se preocupem em compreender motivações, em identificar se isto ocorre em outros aspectos da política de saúde e como pode ser superado.

Concluindo, há um outro tipo de obstáculo, que se traduz na judicialização da saúde, mais especificamente nas relações entre Poder Judiciário e Ministério Público, por um lado, e Gestores municipais e estaduais da saúde. A judicialização tem ganho destaque no debate setorial, não sendo intuito deste artigo discuti-la em suas especi-

ficidades. O que aqui se quer apontar é que tais relações parecem criar um ambiente negativo capaz de, para parte importante dos entrevistados, inviabilizar a implementação do COAP, um contrato.

Para além deste aspecto mais imediato, tal obstáculo também pode ser visto como um indicador de que a política tem sido vista e tratada por determinadas instituições jurídicas nacionais como um ‘mal em si’, um ambiente em que, a priori, há interesses escusos e que a virtude, para ser produzida, precisa ser forçada sob pena de punições que envolvem até mesmo a prisão. Historicamente, posturas como estas geram um ambiente social violento, de inclinações vingativas e de culpabilização; o afastamento de profissionais qualificados dos cargos públicos mais importantes; e a consequente retração das inovações institucionais e políticas.

Articulados, os obstáculos aqui apresentados indicam um cenário extremamente negativo para a implementação do COAP e de outras políticas que busquem a regionalização do SUS. Diante disto, cabe aos envolvidos refletir, negociar, construir consenso em torno da melhoria da saúde da população e superar tais obstáculos caso, logicamente, desposem da concepção dos autores de que a regionalização é fundamental para o SUS.

Colaboradores

Os autores trabalharam em conjunto na concepção e no delineamento do artigo; MR Moreira foi o responsável pela redação e pela análise e interpretação dos dados; JM Ribeiro e AM Ouverney foram responsáveis pela revisão crítica do texto.

Agradecimentos

Ao Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) - à época da Pesquisa na SGEP/MS e, ativamente, na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde – seus Diretores e Coordenadores desde 2013, em especial a Isabel Senra, por seu apoio e dedicação.

À Equipe de Pesquisadores de Campo que atuou na “Avaliação da Implementação Nacional do COAP”, sem os quais não teria sido possível realizar as entrevistas cujas respostas foram aqui analisadas. Muito obrigado pela dedicação e qualidade do trabalho.

Referências

1. Geva-May I, Pal LA. Good fences make good neighbours: policy evaluation and policy analysis – exploring the differences. *Evaluation* 1998; 5(3):259-277.
2. Majone G. *Evidence, argument, and persuasion in the policy process*. New Haven: Yale University Press; 1989.
3. Lindblom CE. The science of muddling through, *Public Administration Review* 1959; 19(2):79-88.
4. Kingdon JW. *Agendas, alternatives and public policies*. 2nd ed. Boston: Longman; 2011.
5. Lasswell H. The policy orientation. In: Lerner D, Lasswell H, editors. *The Policy Sciences*. Stanford: Stanford University Press; 1951. p. 3-15.
6. Wildawsky A. *Speaking truth to power – the art and craft of policy analysis*. London: Macmillan; 1979.
7. Vaitzman J, Ribeiro JM, Lobato L, editors. *Policy Analysis in Brazil: the state of art*. Bristol: Policy Press; 2013.
8. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM. Análise da Implementação Nacional do COAP [relatório final de pesquisa]. Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz; 2016.
9. Arretche M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Soarez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: Histórias e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
10. Silva SF. *Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Políticas*. São Paulo: Hucitec; 2001.
11. Noronha JC, Tavarez L. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):445-450.
12. Luchese P. 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* 1996; 14:75-158.
13. Dain S. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. *Trab. educ. saúde* 2008; 6(3):623-632.
14. Viana A, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis* 2008; 18(4):645-684.
15. Falleti T. Infiltrando o Estado: A Evolução da Reforma da Saúde No Brasil, 1964 – 1988. *Estudos de Sociologia* 2010; 15(29):345-368.
16. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):743-752.
17. Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saude soc.* 2006; 15(2):34-46.
18. Faleiros VD, Senna JD, Vasconcellos LF, Silveira GR. A *Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
19. Ribeiro JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Publica* 1997; 13(1):81-92.
20. Levicovitz E, Lima LD, Machado CV. A Política de Saúde nos Anos 1990: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):269-291.
21. Santos L, Andrade OM. *O Espaço da Gestão Inovadora e dos Consensos Interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas: Instituto de Direito Sanitário; 2007.
22. Scatena JHG, Tanaka OY. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saude soc.* 2001; 10(2):47-74.
23. Carvalho G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):435-444.
24. Mafort A. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. In: Fleury S, organizador. *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz; 2014.
25. Ribeiro JM, Moreira MR. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. *Saúde em debate* 2016; 40(n. especial):14-24.
26. Fleury S, Ouverney AM, Zani FB, Möller RC, Kronemberger TS. *Democracia e inovação na gestão local de saúde*. Rio de Janeiro: Cebes/Editora Fiocruz; 2014.
27. Piola SF, França JRM, Nunes A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):411-421.
28. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):975-986.
29. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):3003-3016.
30. Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2317-2326.

Artigo apresentado em 06/06/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 13/02/2017