

Os Desafios da Implementação da Política Pública de Saúde no Brasil: Uma Análise sobre a Descentralização e Coordenação do Sistema Único de Saúde no Brasil

Autoria

DAIANE LIMA DA SILVA - lima.ufg@gmail.com

Programa de Pós-Graduação em Administração/PPGADM / UFG - Universidade Federal de Goiás

Vicente da Rocha Soares Ferreira - vicenterocha@ufg.br

Programa de Pós-Graduação em Administração/PPGADM / UFG - Universidade Federal de Goiás

Programa de Pós-Graduação em Administração/PPGADM / UFG - Universidade Federal de Goiás

Agradecimentos

CAPES

Resumo

A saúde foi institucionalizada pela Constituição Federal de 1988 como um dos direitos fundamentais do cidadão e um dever do Estado. O sistema de saúde brasileiro que funcionava de forma excludente e fragmentada, passa a ser universal, igualitário e integral, resultando em novos arranjos governamentais e diretrizes. O objetivo deste ensaio foi analisar os principais desafios de implementação das diretrizes de descentralização e coordenação do Sistema Único de Saúde no Brasil, à luz do modelo ambiguidade-conflito de Matland. As análises demonstraram que a descentralização da responsabilidade na prestação dos serviços de saúde para os municípios e os esforços de coordenação em nível federal tiveram resultados positivos para a política e seus objetivos ao longo dos trinta anos do SUS. No entanto, os municípios são dependentes das transferências de recursos e das regras emitidas pela União, o que caracteriza um contexto de alto conflito de objetivos e alta ambiguidade dos meios.

Os Desafios da Implementação da Política Pública de Saúde no Brasil: Uma Análise sobre a Descentralização e Coordenação do Sistema Único de Saúde no Brasil

Resumo

A saúde foi institucionalizada pela Constituição Federal de 1988 como um dos direitos fundamentais do cidadão e um dever do Estado. O sistema de saúde brasileiro que funcionava de forma excludente e fragmentada, passa a ser universal, igualitário e integral, resultando em novos arranjos governamentais e diretrizes. O objetivo deste ensaio foi analisar os principais desafios de implementação das diretrizes de descentralização e coordenação do Sistema Único de Saúde no Brasil, à luz do modelo ambiguidade-conflito de Matland. As análises demonstraram que a descentralização da responsabilidade na prestação dos serviços de saúde para os municípios e os esforços de coordenação em nível federal tiveram resultados positivos para a política e seus objetivos ao longo dos trinta anos do SUS. No entanto, os municípios são dependentes das transferências de recursos e das regras emitidas pela União, o que caracteriza um contexto de alto conflito de objetivos e alta ambiguidade dos meios.

Palavras-chave: implementação de políticas públicas; descentralização; coordenação; sistema único de saúde.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 foi um grande marco na agenda das políticas públicas sociais no Brasil. Estudos sobre o tema se estruturaram de forma mais robusta após a redemocratização aprovada pela constituinte (Marques, 2015). Outro grande marco analisado neste estudo refere-se à institucionalização da saúde como um direito fundamental do cidadão e um dever do Estado (Brasil, 1990). A Constituição também tornou o contexto de formulação e implementação das políticas públicas sociais mais complexo, e trouxe desafios relacionados ao novo formato de Estado, o federalismo, além de estabelecer o compromisso do Estado em reduzir as disparidades sociais e regionais (Jaccoud, 2020).

As políticas públicas, neste ensaio, são analisadas como um campo do conhecimento com foco nas análises das ações do governo e também dos efeitos gerados por essas ações, propondo mudanças ao longo desse processo, quando for necessário (Souza, 2007). Este ensaio não apresenta elementos de todas as fases deste processo, e utiliza do modelo do ciclo de políticas públicas como um instrumento útil de recorte de objeto de análise e, dessa forma, focaliza as análises na fase da implementação. O campo de estudos sobre o processo de implementação de políticas públicas no Brasil ainda se encontra em construção. De caráter interdisciplinar, o tema ainda é pouco explorado na área acadêmica de administração pública e nas discussões nas três esferas do governo (Mendes & Aguiar, 2017).

Outro recorte feito neste ensaio, como estratégia de pesquisa, se refere ao tipo de política pública social. Ao longo do texto, a política pública de saúde no Brasil é analisada, com foco predominante em duas diretrizes de implementação estabelecidas pela lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, quais sejam, descentralização e coordenação.

O SUS foi institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica do SUS. O sistema tem como base fundamental três princípios gerais, quais sejam, a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a igualdade e a integralidade do acesso. Para se alcançar tais princípios, a legislação estipulou diretrizes, como a descentralização, regionalização, hierarquização, coordenação intergovernamental e aumento da participação social (Gragnolati, Lindelow, & Couttolenc, 2013). Para se alcançar o princípio fundamental da universalidade, foi necessário um processo de transformação profundo no sistema brasileiro de saúde, que passou a ser estruturado de forma descentralizada,

hierarquizada e regionalizada (Silva, 2010). Neste sentido, a forma e os resultados da implementação descentralizada de políticas sociais se estabelecem como uma importante agenda de estudos para a administração pública (Jaccoud, 2020). Corrobora com essa justificativa também, o fato de a implementação de políticas da saúde ser analisada por diferentes campos do conhecimento e por perspectivas diferentes, o que pode levar a uma visão incompleto do sistema.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi analisar os principais desafios de implementação das diretrizes descentralização e coordenação do Sistema Único de Saúde no Brasil, à luz do modelo ambiguidade-conflito de Matland (1995). De acordo com o autor, este modelo, desenvolvido com base em estudos empíricos e teóricos, é um esforço de contingência para fornecer uma base mais abrangente e coerente para a compreensão da implementação, e superar as lacunas de análise dos modelos mais usados neste tipo de análise, quais sejam, *top-down* e *bottom up*.

Políticas Públicas

Ainda não existe um único ou melhor conceito para políticas públicas, pois este ainda é um campo em construção. Para Souza (2007), a definição mais conhecida é a de Laswell (1936), que define políticas públicas como decisões e análises que giram em torno dos questionamentos de quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Neste sentido, a autora faz uma crítica às definições que se baseiam somente no aspecto racional do tema, ou seja, no impacto da política pública na solução de problemas públicos com foco no papel dos governos, em detrimento dos conflitos e limites que envolvem a tomada de decisão dos governos, o que, segundo a autora, é a essência da política pública.

Diante disso, Souza (2007) sintetiza políticas públicas como uma campo do conhecimento que tem como fator determinante a análise das ações do governo e também dos efeitos gerados por essas ações, propondo mudanças ao longo desse processo, quando for necessário. A autora também destaca que o campo da política pública é holístico, isso significa que é um espaço para teorias, modelos de análise e sentidos, o que não implica ausência de coerência teórica ou metodológica.

Com relação ao elemento capacidade política do governo, faz-se necessário analisar a distribuição de autoridade política nas políticas públicas. No Brasil a forma de Estado adotada é o federalismo, mais especificamente, com a Constituição Federal de 1988, o federalismo cooperativo, pois algumas competências são atribuídas a mais de um ente federado, o que conseqüentemente, exige uma interação e articulação maior entre os membros. No Estado brasileiro, há uma descentralização de poder representada por divisão e compartilhamento de poderes, competências legislativas e políticas entre os entes federados (Silva, 2010).

Outro aspecto importante com o advento da Constituição Federal de 1988 é a definição de quais políticas públicas serão implementadas de forma centralizada e quais serão descentralizadas. Para a análise da implementação de políticas públicas é necessário identificar também a forma como os entes federados se relacionam. As políticas públicas de saúde, objeto de análise deste ensaio, são de competência comum aos entes federados, ou seja, de cooperação federativa, mas a união possui maior capacidade de coordenação e recursos para sua implementação, pois é responsável pelo financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intragovernamentais (Arretche, 2004; Silva, 2010).

Neste contexto das políticas de saúde, portanto, os estados e municípios têm sua agenda de governo afeta pela União, pois estão fortemente dependentes dos recursos financeiros e das regras impostas pelo Ministério da Saúde, órgão da União que normatiza os principais instrumentos para coordenar e financiar as políticas setoriais de saúde. Dessa forma, no que tange às políticas de saúde, a União tem maior capacidade de coordenar as ações dos estados e

municípios, sendo que a participação destes na formulação das políticas acontece por meio conselhos gestores de políticas públicas de saúde estaduais e municipais. A implementação, ou seja, a prestação dos serviços de saúde, fica sob a responsabilidade dos municípios, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados (Arretche, 2004).

Um fator de análise importante para as pesquisas sobre as políticas públicas é seu processo de elaboração conhecido como ciclo de políticas públicas. Embora o ciclo não reflita fielmente o contexto dinâmico de uma política pública, esta abordagem é comumente usada por ser um instrumento muito útil de recorte de objeto de análise, pois simplifica a complexidade de uma política pública e auxilia no desenvolvimento de um referencial comparativo (Lima & D'Ascenzi, 2013; Secchi, Coelho, & Pires, 2019).

No modelo de análise sequencial, as políticas públicas são divididas em fases, sendo elas: 1) identificação do problema, 2) formação da agenda, 3) formulação de alternativas, 4) tomada de decisão, 5) implementação, 6) avaliação e 7) extinção. A primeira fase é a identificação de uma situação pública que passa a ser insatisfatória para um número expressivo de atores, que pode ser desde um problema presente por muito tempo ou uma catástrofe natural. A formação da agenda ocorre quando o poder público entende que aquele determinado problema é relevante e decide intervir. A terceira fase consiste na definição e construção de alternativas para solucionar o problema, e é neste momento que são elaborados os programas, métodos, estratégias e ações para enfrentamento do problema e alcance dos objetivos. A tomada de decisão é o momento em que os atores alinham os objetivos e métodos para enfrentamento do problema público. Na implementação ocorre a conversão das intenções em ações; é a execução das decisões tomadas na fase anterior. Na avaliação faz-se o exame do estado da política e do nível de resolução do problema por meio da definição de critérios de avaliação, indicadores e padrões. A última fase é o momento de extinção da política que ocorre pela resolução, agravamento, a perda da importância ou uma mudança na natureza do problema (Secchi, Coelho, e Pires 2019).

Este ensaio foca na fase de implementação do ciclo de políticas públicas, e a próxima seção discorre sobre abordagens da teoria da implementação referentes à forma com que as decisões são tomadas, aos tipos de atores que possuem influência neste processo e o impacto desta fase no resultado da política pública.

Teorias da Implementação

Estudos sobre políticas públicas se estruturaram de forma mais consistente no Brasil após a redemocratização, que se deu por meio da Constituição de 1988. Já os estudos voltados para a implementação das políticas públicas representam a fase menos explorada deste processo, e só no fim da primeira década do século XXI é que esse campo de estudo começa a estabelecer um debate mais concreto no Brasil, embasado em modelos teóricos e evidências empíricas (Marques, 2015). Nos Estados Unidos, o interesse pela implementação de políticas públicas ocorre desde a década de 1970, com a justificativa de que tal estágio do processo seria o “elo perdido” entre a preocupação com a elaboração de políticas e a avaliação dos resultados das políticas (Hill, 2005; Hill & Hupe, 2002). Neste contexto, Lotta (2015) afirma que campo de estudos sobre a implementação de políticas públicas ainda está em construção e a quantidade de trabalhos é limitada na literatura brasileira.

No curso da evolução dos estudos de implementação após o século XX, desenvolve-se um debate que observava o que acontece no ambiente das políticas públicas, as contingências, pressões dos diversos atores e mudanças, em detrimento das análises sobre como e se a política foi implementada. Nesse sentido, duas perspectivas principais de análise da implementação emergiram: *top-down* e *bottom-up* (Hill, 2005; Lotta, 2015).

Os estudos sobre a perspectiva *top-down* de implementação foram iniciados com o trabalho seminal de Pressman e Wildavsky (1973), e são caracterizados pela visão sequencial da política pública, em que cada fase possui lógicas diferentes, e neste sentido, enfatiza-se uma clara distinção entre a formulação e a implementação de políticas públicas, ou seja, são analisados separadamente pelos tomadores de decisão (política) e os implementadores (administração), com foco no controle e hierarquia (Hill 2005; Lotta 2015; Secchi, Coelho, e Pires 2019).

Os estudos pioneiros de implementação na perspectiva *top-down* destacam a necessidade de analisar o processo normativo e as lacunas para colocar a política pública em ação. Neste sentido, os objetivos dos estudos de implementação seriam identificar a causa dos problemas, preencher as lacunas e propor uma forma de vincular as ações e os objetivos da política. As lacunas, neste caso, seriam as mudanças do ambiente que podem ocorrer durante a implementação da política, ocasionando mudanças entre os objetivos iniciais e os resultados finais (Hill, 2005; Lima & D'Ascenzi, 2013; Lotta, 2015). Outra característica dos estudos de natureza *top-down* é o foco na regulação e controle da discricionariedade dos implementadores, pois a política, nesta perspectiva, deve ser implementada de acordo com os objetivos originais (Lotta, 2015).

Segundo Matland (1995), para teóricos do modelo *top-down*, a preocupação principal é com o grau em que as ações responsáveis pela implementação e grupos-alvo coincidem com os objetivos da política formulada. O autor também cita as principais críticas que esse modelo recebe. Primeiro, o uso de uma linguagem normativa como ponto de partida, que desconsidera início do processo de formulação da política pública, e para ele, uma análise que tem a política como dada e não pondera que sua história passada, pode perder conexões vitais. A segunda crítica é referente ao fato de que o modelo posiciona a implementação como um processo puramente administrativo e ignora os aspectos políticos ou tenta eliminá-los, o que para o autor, separar a política da administração raramente é possível. A última crítica de Matland (1995) ao modelo *top-down* é sobre a ênfase exclusiva nos burocratas do topo como atores-chaves, desconsiderando os burocratas de nível de rua, sendo que estes possuem experiência e conhecimento dos verdadeiros problemas, por estarem em contato direto com o ambiente e seus elementos, além do fato de que a discricionariedade dos burocratas de rua é inevitavelmente tão grande. Para o autor é irreal esperar que se consiga controlar as ações desses agentes.

A segunda perspectiva de análise é denominada *bottom-up* e foi cunhada nas críticas quanto ao modelo *top-down*. Segundo Hill (2005), uma crítica ao primeiro modelo é que ele oferece uma base insuficiente para estudos de implementação, pois as políticas públicas são mais complexas à medida em que são traduzidas em ação, desse modo, os estudos de implementação enfrentam problemas para identificar o que está sendo implementado. Para o autor, o modelo alternativo *bottom-up* busca embasamento em evidências empíricas da complexidade do ambiente da política pública e da dinâmica das interações entre implementadores, grupos de interesse e demais atores afetados pelo processo.

Outra característica de estudos na perspectiva *bottom-up* é que vários autores entendem a implementação como um processo descritivo em que ocorre interação entre os atores, sendo que o foco é nos atores do nível organizacional e nível de rua responsáveis pela implementação da política pública analisada. Enquanto no modelo *top-down* o foco é no controle da discricionariedade dos implementadores, no *bottom-up* a liberdade dos implementadores é considerada inevitável e desejável já que esses atores possuem mais conhecimento do ambiente local e podem adaptar melhor as ações aos problemas práticos da implementação (Lotta, 2015; Secchi et al., 2019). A crítica que a perspectiva *bottom-up* recebe fundamenta-se no fato de que os estudos não fornecem formas e instruções para colocar em prática seus preceitos (Hill, 2005).

Matland (1995) apresenta críticas duras à abordagem *bottom-up*. A primeira, denominada crítica normativa, aponta que o controle das políticas deve ser exercido por atores

cujo poder deriva de sua prestação de contas aos eleitores soberanos por meio de seus representantes eleitos, e a autoridade dos implementadores locais não deriva dessa base de poder. Neste caso, a descentralização deve ocorrer dentro de um contexto de controle central, pois a flexibilidade e autonomia podem ser apropriadas quando os objetivos dos formuladores e implementadores de políticas são os mesmos, pois se forem muito diferentes as políticas podem não alcançar os objetivos oficiais. A segunda crítica refere-se à excessiva atenção dada ao nível de autonomia local pois, dessa forma, os efeitos indiretos e os efeitos dos quais os implementadores locais não têm consciência podem não ser registrados na análise.

Na busca por sintetizar a literatura sobre implementação de políticas públicas, Matland (1995) sugere a convergência destas duas perspectivas, ligando as variáveis de nível macro do modelo *top-down* às variáveis de nível micro do modelo *bottom-up*. O autor desenvolve um modelo para explicar em quais contextos as duas abordagens são mais apropriadas, ao invés de desenvolver um modelo que combine as duas simultaneamente. O modelo denominado de ambiguidade-conflito (*ambiguity-conflict model*) é descrito pelo autor como um esforço de contingência para fornecer uma base mais abrangente e coerente para a compreensão da implementação, e superar as lacunas de análise dos modelos *top-down* e *bottom-up*.

Para Matland (1995), o conflito desempenha um papel central no processo de implementação e ocorre quando existe incompatibilidade de objetivos, interdependência dos atores, além de inconsistente interação e visões incongruentes entre os mesmos. O conflito pode surgir em relação aos objetivos ou às atividades programáticas planejadas para a execução de uma política pública. A ambiguidade para o autor não é uma falha, e sim uma característica inerente às políticas públicas que afeta, de forma direta e significativa seu processo de implementação. No referido modelo, a ambiguidade é dividida em duas categorias: ambiguidade nos objetivos e ambiguidade nos meios. A primeira se refere à falta de clareza dos objetivos e a segunda aos recursos necessários para implementação da política pública, que podem ser tecnológicos, humanos, financeiros e estruturais. Os meios são ambíguos também quando há incertezas sobre quais funções as várias organizações devem desempenhar no processo de implementação ou quando o ambiente é complexo e torna difícil a escolha de quais ferramentas usar, como usá-las e quais os efeitos de seu uso.

Com base nesses conceitos, Matland (1995) apresenta seu modelo de ambiguidade-conflito com quatro tipos de implementação: administrativa, política, experimental e simbólica. As características de cada tipologia são:

a) Implementação Administrativa: políticas com ambiguidade e conflito baixos e, dessa forma, fornecem as condições prévias para um processo de tomada de decisão racional. As metas e os meios (recursos) para resolver o problema existente são conhecidos;

b) Implementação Política: políticas com baixa ambiguidade e alto conflito. Neste tipo de implementação os objetivos são definidos de forma clara, porém incompatíveis entre os atores, o que pode ocasionar conflitos por causa dos meios. Neste sentido, os resultados da implementação são decididos pelo poder. Um ator pode possuir poder suficiente para impor sua vontade aos outros ou pode haver acordos;

c) Implementação Experimental: políticas com alto nível de ambiguidade e baixo nível de conflito, o que faz com que os resultados dependam das condições contextuais. Os resultados dependem muito dos recursos e atores presentes no ambiente micro de implementação e, provavelmente, significativas variações nos resultados, a depender do local. Políticas características desses processos são aquelas com os objetivos e os meios incertos ou com objetivos, mas com meios de implementação imprecisos;

d) Implementação Simbólica: políticas com alto nível de ambiguidade e conflito, no entanto desempenham um papel importante na ênfase de valores e princípios importantes. O alto nível de conflito estrutura a forma como as resoluções são desenvolvidas, e o alto nível de ambiguidade leva a resultados que variam entre os locais. O princípio central desta tipologia é

que a força da coalização em nível local determina o resultado final, pois os atores no nível local controlam os recursos disponíveis. Políticas de descentralização de poder ou bens são, para o autor, os exemplos mais concretos desta tipologia. Os objetivos das políticas geralmente fornecem poucas informações a um elaborador de políticas sobre como proceder, mas os símbolos são suficientes para criar oposição significativa antes de qualquer plano ser promulgado.

O processo de implementação das políticas públicas de saúde no Brasil, objeto deste estudo e tratado na próxima sessão, é aqui analisado à luz da Implementação Simbólica. A justificativa para essa escolha metodológica está no argumento de Matland que aponta que quando uma política tem um objetivo de referência e meios ambíguos, ela se encontra no quadrante simbólico. Outra justificativa que embasa a escolha se dá pelo fato de que na implementação simbólica os atores do centro do processo possuem uma influência importante por meio do fornecimento de recursos e incentivos. O autor ainda esclarece que, devido ao alto nível de conflito, o processo provavelmente será altamente político, mas dominado por atores locais.

Quadro 1 - Tipos de implementação do modelo ambiguidade-conflito

		<i>Conflito</i>	
		Baixo	Alto
<i>Ambiguidade</i>	Baixa	<i>Implementação Administrativa</i>	<i>Implementação Política</i>
		Princípio Central: Recursos	Princípio Central: Poder
	Alta	<i>Implementação Experimental</i>	<i>Implementação Simbólica</i>
		Princípio Central: Condições Contextuais	Princípio Central: Força da Coalizão

Fonte: Matland (1995).

Outro aspecto importante da Implementação Simbólica é a semelhança com a Implementação Política, pelo fato de ser conflitante, mas a diferença se deve ao fato de que a simbólica tem a força da coalizão focada no nível micro ou local de implementação, enquanto a implementação política tem foco no nível macro (Matland, 1995).

Implementação Das Políticas Públicas De Saúde No Brasil

No Brasil, a saúde é um direito fundamental do cidadão e um dever do Estado, legitimado pela Constituição de 1988 e pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também denominada de “Lei Orgânica da Saúde”, que criou o Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 1988, 1990). O processo histórico de criação do SUS se inicia nos anos 70, quando movimentos sociais e políticos lutavam contra a ditadura e defendiam a liberdade democrática, a democratização do Estado e o avanço dos direitos sociais. Outro fator que contribuiu para a criação do SUS foi o aumento dos custos dos serviços de saúde e a crise no sistema de Previdência Social. Isso porque, antes do SUS, eram as instituições de seguridade social, com destaque para o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que custeavam parte significativa dos recursos da saúde (Gragnolati et al., 2013; Santos, 2013).

Nas décadas de 1960 e 1970, o sistema de saúde brasileiro funcionava de forma excludente e fragmentada. O Ministério da Saúde atuava com foco na vigilância à saúde e em ações e programas voltados para doenças específicas. No que tange aos recursos financeiros, até 1988, o Ministério da Saúde detinha menos de 20% dos recursos federais para financiamento

da saúde e mais de 80% eram destinados ao INAMPS, vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, e do total dos recursos, cerca de 70% se encontravam centralizados no governo federal (Piola, Paiva, Sá, & Servo, 2013). O grande problema daquele contexto está no fato de que o sistema de seguridade social realizava cobertura médica exclusiva para trabalhadores do setor formal, em sua grande maioria provenientes do setor privado, e o restante da população contava com secretarias de saúde de estados e municípios, que possuíam recursos extremamente limitados, e com as entidades religiosas e filantrópicas. No final da década de 1970, o INAMPS passou a oferecer cobertura de caráter de emergência para toda a população e trabalhadores rurais; autônomos e domésticos foram incluídos neste sistema de previdência social (Gragnolati et al., 2013).

Após a criação do SUS, o cenário foi marcado por mudanças fundamentais no sistema brasileiro de saúde, com impacto nas leis e normas que estruturam a política de saúde, na organização, ampliação e financiamento deste sistema. Essas mudanças possuem como objetivo o alcance dos princípios do SUS, sendo que três deles formam os princípios gerais e fundamentais, quais sejam: a) universalidade de acesso aos serviços de saúde, visto que a saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado; b) igualdade na assistência à saúde, reconhecendo a diversidade de grupos sociais no país, garantindo uma assistência sem preconceitos ou privilégios; c) integralidade e continuidade da assistência, contemplando ações de promoção, tratamento e prevenção de doenças (Gragnolati et al., 2013).

Neste cenário de transição, a Lei Orgânica do SUS estabeleceu diretrizes para direcionar o alcance dos objetivos, sendo as principais: a) a descentralização dos serviços para os municípios; b) a regionalização da assistência; c) hierarquização da rede de serviços, que significa a organização da rede de acordo com níveis crescentes de complexidade, que varia entre atenção básica à alta complexidade; e d) a articulação e cooperação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e dos Municípios no que tange aos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos utilizados na prestação de serviços de assistência à saúde (Brasil, 1990).

Como já apontado, este ensaio foca nos desafios de implementação das políticas públicas de saúde com base em duas diretrizes: descentralização e coordenação intragovernamental. A implementação dos princípios norteadores do SUS, segundo estas diretrizes, ainda é um processo em curso mesmo passados trinta anos de criação deste sistema (Gragnolati et al., 2013). Para o entendimento destas diretrizes, é preciso retomar uma discussão feita anteriormente. No Brasil, a forma de Estado adotada é o federalismo, e mais especificamente, para a implementação de políticas públicas de saúde, o arranjo institucional entre os entes federados é definido como federalismo cooperativo, pois o direito à saúde é dever da união, estados e municípios, que devem trabalhar de forma articulada para garantir a universalização do SUS, mantendo sua autonomia. A Constituição Federal de 1988, estabeleceu, portanto, uma autonomia político-administrativa para os entes da Federação, mas com atuação conjunta no que tange à implementação da política de saúde (Jaccoud, 2020).

As mudanças desde a criação do SUS buscaram a expansão significativa da capacidade do sistema, a diminuição das desigualdades e assimetrias regionais no acesso aos serviços e a descentralização da responsabilidade na prestação do serviço (Gragnolati et al., 2013). A descentralização político-administrativa legitimada pela Constituição Federal de 1988, transferiu, principalmente aos municípios, a gestão de ações e serviços de saúde. Este foi o caminho para se alcançar a universalidade do sistema (Pinafo et al., 2020). A descentralização no sistema de saúde não se manifesta como transferência de autoridade entre níveis de governo, e sim como uma diferenciação entre esferas fiscal, administrativa e política entre os entes federados, que demanda diferentes arranjos institucionais de poder (Jaccoud & Vieira, 2020).

A diretriz coordenação é uma construção de consenso entre os entes federados e a organização das ações, estabelecida pela Constituição para alcançar o objetivo principal do

SUS, que é a universalidade do atendimento (Souza, 2018). A demanda por cooperação intragovernamental é, portanto, uma consequência necessária para atendimento da expansão de ofertas dos serviços de saúde e a regionalização das ações (Jaccoud & Vieira, 2020).

Neste contexto, Jaccoud (2020) elucida os principais arranjos institucionais que compõem o SUS impostos pela Constituição e a Lei Orgânica da Saúde. Para a autora, a rede de serviços do SUS está organizada regionalmente em função da Constituição, que estabeleceu a saúde como competência comum às três esferas de governo, sendo que os municípios possuem responsabilidade pela prestação dos serviços, mas com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados. Essa característica denota implicitamente a existência de uma articulação entre os entes federados. Outro fator importante que a autora pontua é o fato de que a competência comum não implica deveres e atribuições iguais. A Lei Orgânica da Saúde estabeleceu essas diferenciações, sendo a União responsável pela coordenação nacional do SUS.

Outra contribuição sobre arranjos institucionais do SUS é dada por Silva (2010). O autor define o SUS como o mais importante exemplo de coordenação federativa na implementação de uma política pública no Brasil. Neste cenário, a União fica responsável pela formulação e coordenação das políticas nacionais, além do financiamento de parte significativa dos recursos. Os municípios passaram a ter papel protagonista, mas são dependentes dos recursos financeiros da união e as regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde (Silva, 2010).

Com relação aos desafios decorrentes do processo de implementação das diretrizes do SUS analisadas, podem-se destacar algumas contribuições. Gragnolati, Lindelow e Couttolenc (2013) afirmam que a expansão do acesso aos serviços de saúde causou uma acentuada reestruturação do sistema de saúde, principalmente com relação à descentralização de parte significativa das responsabilidades para os municípios, e alguns benefícios deste novo arranjo são maior responsabilização e melhor adaptação do sistema às necessidades locais. No entanto, os autores relatam que falta à maior parte dos municípios brasileiros capacidade técnica para administrar um sistema de saúde e garantir a prestação de serviços da saúde em todos os níveis de cuidado, em função do tamanho do território, da capacidade operacional, da estrutura física, dos recursos humanos e financeiros.

Ainda sobre os desafios ocasionados pela descentralização do sistema de saúde, Pinafo *et. al.* (2020) analisam o impacto nos municípios de pequeno porte e a vulnerabilidade sofrida frente a esse processo político-administrativo. Segundo os autores, os municípios de pequeno porte, que são a maioria da realidade brasileira, possuem menor capacidade técnica de gestão, menor densidade demográfica, população mais vulnerável e capacidade financeira insuficiente para responder às demandas do sistema de saúde.

A respeito da cooperação intergovernamental, Jaccoud e Vieira (2020) afirmam que, na análise de trinta anos de institucionalização do SUS, os esforços de coordenação em nível federal tiveram resultados positivos para a política e seus objetivos, destacando-se a ampla adesão à estratégia de atenção básica, melhores indicadores de cobertura e atendimento de média e alta complexidade, regionalização de serviços e redução das desigualdades regionais e sociais. Por outro lado, as autoras destacam que os mecanismos para ampliar as capacidades regionais de gestão compartilhada, em atendimentos de média e alta complexidade, demonstraram-se menos efetivos.

Jaccoud e Vieira (2020) afirmam ainda que a maior crítica é quanto às transferências federais, que são utilizadas como incentivo para adesão dos governos subnacionais aos programas e ações formulados pelo Ministério da Saúde. As transferências federais são, portanto, utilizadas como instrumentos de coordenação intragovernamental, o que se transforma em um impasse à autonomia decisória dos governos subnacionais, principalmente dos municípios. Gragnolati, Lindelow e Couttolenc (2013) também apontam esse desafio alegando que, como a maior parte dos municípios é de pequeno porte e sua capacidade técnica

e financeira é limitada, os recursos financeiros permanecem em grande parte nas organizações estaduais e centrais dos governos.

Implementação Simbólica das Políticas Públicas de Saúde

O SUS é definido como um conjunto de ações e serviços de saúde que são prestados pela União, estados, distrito federal e municípios, assentado nos princípios da universalidade, integridade e igualdade, que define como diretrizes para o alcance dos objetivos a descentralização, regionalização, hierarquização e a cooperação entre os entes da federação (Ministério da Saúde, 2004).

Como estratégia metodológica, este estudo analisa as contribuições e limites das diretrizes da descentralização e cooperação para o processo de implementação das políticas públicas de saúde. Essa análise é feita à luz do modelo conceitual de ambiguidade-conflito desenvolvido por Matland (1995). Este modelo apresenta quatro tipos de processos de implementação e, neste ensaio, o processo estudado se enquadra na tipologia Implementação Simbólica. A justificativa para essa escolha deve-se ao fato principal de que o SUS possui princípios de referência (universalidade, integridade e igualdade), no entanto, os meios (diretrizes) têm se apresentado ambíguos, conforme destacado na sessão anterior.

A descentralização da responsabilidade na prestação do serviço foi o caminho instituído na Constituição para se alcançar a universalidade do sistema à medida que transferiu, principalmente aos municípios, a gestão de ações e serviços de saúde, em função da sua proximidade com o problema público de saúde. No entanto, o fato de a descentralização não ser uma transferência de autoridade entre níveis de governo, e sim como uma diferenciação entre esferas fiscal, administrativa e política, faz com que, principalmente os municípios de pequeno porte, por não terem estrutura e capacidade organizacional suficientes, fiquem dependentes da transferência de recursos e das regras emitidas pela União. Ou seja, o meio de alcançar o objetivo tem se demonstrado ambíguo. Essa característica demonstra que a força da coalizão está focada no nível micro ou local de implementação, conforme preconiza o modelo ambiguidade-conflito de Matland (1995).

Com relação à coordenação intergovernamental, segundo a diretriz do SUS analisada, o estudo de Jaccoud e Vieira (2020) aponta que os esforços de coordenação em nível federal tiveram resultados positivos para a política e seus objetivos ao longo dos trinta anos do sistema. A demanda por cooperação intragovernamental é uma consequência necessária para atendimento da expansão de ofertas dos serviços de saúde e a regionalização das ações. No entanto, as autoras também destacam que as transferências federais são utilizadas como instrumentos de coordenação intragovernamental, fato que se torna um impasse à autonomia decisória dos governos subnacionais, principalmente dos municípios. Como Matland (1995) expõe, esse é um caso em que o ator do centro (União) possui influência importante no processo por meio do fornecimento de recursos e incentivos, o que ocasiona em um alto nível de conflito no âmbito local.

Buscando analisar duas das diretrizes que perpassam a implementação de uma política tão complexa como o SUS, acredita-se que o estudo possa contribuir com o processo de implementação desta política, particularmente à luz das reflexões de Matland (1995). Ficaram evidenciados alguns avanços observados em estudos sobre a implementação desta política, no entanto, ainda se fazem necessários avanços importantes para o alcance dos objetivos do SUS.

Referências

Arretche, M. (2004). Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e

- autonomia. *São Paulo Em Perspectiva*, 18(2), 17–26.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Distrito Federal: Brasília.
- Brasil. *Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. , Pub. L. No. 8.080 (1990). Brasil.
- Gragnolati, M., Lindelow, M., & Couttolenc, B. (2013). 20 anos de construção do Sistema de Saúde no Brasil - Uma análise do Sistema Único de Saúde. In *The World Bank*. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-9843-2>
- Hill, M. J. (2005). *The Public Policy Process* (4^o). England: Pearson Education.
- Hill, M. J., & Hupe, P. (2002). *Implementing public policy: An introduction to the study of operational government*. London: Sage Publications.
- Jaccoud, L. (2020). *Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA.
- Jaccoud, L., & Vieira, F. S. (2020). Autonomia, Integralidade e Desafios de Coordenação no SUS. In L. Jaccoud (Ed.), *Coordenação e Relações Intergovernamentais nas Políticas Sociais Brasileiras* (pp. 53–80). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA.
- Laswell, H. . (1936). *Politics: Who Gets What, When, How*. (M. Book, ed.). Cleveland.
- Lima, L. L., & D’Ascenzi, L. (2013). Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. *Revista de Sociologia e Política*, 21(48), 101–110.
- Lotta, G. S. (2015). *Burocracia e Implementação de Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Marques, E. (2015). Prefácio. In G. S. Lotta (Ed.), *Burocracia e Implementação de Políticas de Saúde* (p. 322). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2). <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a037242>
- Mendes, V. L. P. S., & Aguiar, F. C. (2017). Implementação da política de saúde pública e seus desafios na era digital. *Revista Administração Pública*, 51(6), 1104–1121.
- Ministério da Saúde. (2004). *Glossário do Ministério da Saúde Projeto de Terminologia em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Pinafo, E., Nunes, E. de F. P. de A., Carvalho, B. G., Mendonça, F. de F., Domingos, C. M., & Silva, C. R. (2020). Problemas e Estratégias de Gestão do SUS: A Vulnerabilidade dos Municípios de Pequeno Porte. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(5), 1619–1628.
- Piola, S. F., Paiva, A. B. de, Sá, E. B. de, & Servo, L. M. S. (2013, July). Texto para Discussão: Financiamento Público da Saúde: Uma História à Procura de Rumo. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA*. Retrieved from http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1973). *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland* (3^o). Berkeley: University of California.
- Santos, N. R. dos. (2013). SUS, Política Pública de Estado: Seu Desenvolvimento Instituído e Instituinte e a Busca de Saídas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(1). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>
- Secchi, L., Coelho, F. de S., & Pires, V. (2019). *Políticas Públicas. Conceitos, Casos Práticos e Questões de Concursos* (3. ed). São Paulo: Cengage.
- Silva, V. A. da. (2010). Federalismo e articulação de competências no Brasil. In B. G. Peters & J. Pierre (Eds.), *Administração Pública: coletânea* (pp. 549–570). São Paulo: UNESP.
- Souza, C. (2007). Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In G. Hochman, M. Arretche, & E. Marques (Eds.), *Políticas públicas no Brasil* (pp. 65–86). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Souza, C. (2018). *Coordenação de Políticas Públicas*. Brasília: Enap.