

EDIÇÃO NÃO COMERCIAL  
COMEMORATIVA  
DOS 25 ANOS  
DO SUS

# POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Lígia Giovanella

Sarah Scorel · Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato  
José Carvalho de Noronha · Antonio Ivo de Carvalho

organizadores

2ª edição revista e ampliada

EDITORA  
  
FIOCRUZ

 **cebes**  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDIÇÃO NÃO COMERCIAL  
COMEMORATIVA  
DOS 25 ANOS  
DO SUS

# POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Lígia Giovanella

Sarah Escorel • Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

José Carvalho de Noronha • Antonio Ivo de Carvalho

organizadores

2ª edição revista e ampliada

EDITORA  
  
FIOCRUZ

 **cebes**  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

copyright © 2008 dos autores

dos os direitos desta edição reservados à

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

edição: 2008

reimpressão: 2009

edição revista e ampliada: 2012

edição comemorativa, 25 anos do SUS: 2014

PARTICIPARAM DA FASE DE EDIÇÃO DO LIVRO

Arte e projeto gráfico

*Carlota Rios* (1ª e 2ª edição)

Diagramação eletrônica, vetorização de imagens e ilustrações

*Carlota Rios* (1ª e 2ª edição), *Ramon Carlos de Moraes* e *Maria Christina Cosentino Barcellos* (1ª edição), *Robson Lima* (2ª edição)

Revisão e copidesque

*Fernanda Veneu* e *Janaina de Souza Silva* (1ª edição)

*Ana Lúcia Prôa* e *Jorge Moutinho* (1ª e 2ª edição)

Revisão editorial

*A. Cecília Gomes B. Moreira* (1ª e 2ª edição)

Revisão técnica

*Luís Octavio Gomes de Souza* e *Marcio Magalhães e Andrade* (2ª edição)

PARTICIPARAM DA FASE DE ELABORAÇÃO DOS ORIGINAIS

Assessora do projeto

*Suelen Carlos de Oliveira* (2ª edição)

Assessora pedagógica

*Ângela Bernardes Dias* (1ª edição)

Professoras leitoras (1ª edição)

*Maria Cláudia Vater Romero Gonçalves* e *Mônica de Castro Maia Senna*

Alunos leitores

*Rodrigo Alves Torres* (1ª edição), *Nathalia Grativol de Souza* (1ª e 2ª edição), *Luna Escorel Arouca* (1ª edição), *Lincoln Xavier da Silva* (2ª edição), *Leonardo G. Kampmann* (2ª edição) (graduandos/recém-formados, respectivamente, em medicina, enfermagem, serviço social, pedagogia e biologia)

Primeira revisão (1ª edição)

*Eliana Ribeiro Granja*

Formatação dos textos

*Maria Inês Vaz Genoese* (1ª edição) e *Lincoln Xavier da Silva* (2ª edição)

Apoio administrativo (1ª e 2ª edição)

*Luís Cláudio Guimarães da Silva*

Gestão de projeto (2ª edição)

*Mariana Faria* e *Gabriela Rangel* (Cebes – Secretaria Executiva)

As ilustrações à 2ª edição, foram realizadas oficinas com professores usuários. Registramos nossos agradecimentos à participação de: Alcione Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Jr, Alzira Jorge, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Catharina Matos Soares, Claci Fátima Weirich, Cristiani Machado, Cristina Rolim Neumann, Ediná Alves Costa, Eli Iola Gurgel Andrade, Esron Soares Carvalho Rocha, Francisco Campos Braga Neto, Isabela Cardoso Pinto, Jairnilson Silva Paim, José Antonio Iturri de La Mata, Ligia Bahia, Ligia Rangel, Lígia Vieira da Silva, Liliana Santos, Luis Eugênio Portela F. de Souza, Luiz Antonio Neves, Maria Stella de Castro Lobo, Monique Azevedo Esperidião, Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Raphael Aguiar, Regina Ferro do Lago, Reinaldo Guimarães e Ricardo Ventura Santos.

Agradecimento à fonte

Biblioteca de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

2p Giovannella, Lígia (org.)

Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lígia Giovannella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

1100 p. il., tab., graf.

ISBN: 978-85-7541-417-0

1. Política de Saúde. 2. Sistemas de Saúde. 3. Nível de Saúde. 4. Iniquidade Social. 5. Ciência. 6. Tecnologia. 7. Pesquisa. 8. Serviços de Saúde. 9. Recursos Humanos em Saúde. 10. Sistema Único de Saúde. 11. Alocação de Recursos. 12. Cobertura de Serviços Privados de Saúde. 13. Atenção à Saúde. 14. Vigilância Epidemiológica. 15. Vigilância Sanitária. I. Escorel, Sarah (org.). II. Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa (org.). III. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10981

Endereço: FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos

20030-361 – Rio de Janeiro – RJ

Telefone: (21) 3882-9039 / 3882-9007

Fax: (21) 3882-9006

E-mail: [editoria@fiocruz.br](mailto:editoria@fiocruz.br)

[www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br)

# I. POLÍTICA DE SAÚDE: UMA POLÍTICA SOCIAL

Sonia Fleury  
Assis Mafort Ouverney

Neste capítulo, vamos buscar compreender por que a política de saúde deve ser tratada como uma política social, ou seja, uma política que está voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades. Esta abordagem tem como objetivo entender que, como as demais políticas sociais, a política de saúde está sujeita a múltiplos determinantes, muitos deles contraditórios. Seria mais simples pensarmos que toda política de saúde é voltada para melhorar as condições sanitárias de uma população. No entanto, como veremos, existem muitos outros interesses envolvidos que também determinam os rumos e o formato das políticas de saúde.

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. Isso porque as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Veremos, dependendo da modalidade de proteção social que venha a ser adotada por um país, que são diferentes as condições políticas implicadas, e, em alguns casos, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania.

A primeira parte do capítulo discute o conceito de cidadania, o processo histórico de construção, as diferentes formas de manifestação e as implicações teóricas e práticas para a implementação dos sistemas de proteção social e para a natureza da política social. Sistematizamos as características e os dilemas históricos e conceituais dos sistemas de proteção social, e a segunda parte do capítulo apresenta e discute os aspectos mais dinâmicos, concretos e atuais da política de saúde. Assim, poderemos abordar a dinâmica de construção e da gestão das políticas sociais, ou seja, vamos debater os aspectos de construção de políticas, como os sistemas de proteção social são geridos e por meio de que estratégias, instrumentos e processos atuam diretamente sobre a realidade social, tomando como exemplo a política de saúde.

## CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA E SURGIMENTO DOS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL

A cidadania pressupõe a existência de uma comunidade política nacional, na qual os indivíduos são incluídos, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos. O pertencimento à comunidade política pressupõe também, além de crenças e sentimentos, um vínculo jurídico e político, o que requer a participação ativa dos indivíduos na coisa pública.

A cultura cívica é a base da cidadania, uma construção política que deve ser recriada a cada momento da história de uma sociedade. A cidadania é a dimensão pública dos indivíduos, vistos como autônomos, isolados e competitivos na dimensão privada, mas integrados e cooperativos na comunidade política. Ou seja, enquanto o indivíduo no mercado é pensado apenas a partir da perspectiva de que ele quer maximizar seus ganhos, o indivíduo visto como cidadão incorpora uma dimensão pública, além dos seus próprios interesses egoístas, voltando-se para a busca da comunidade como um todo, comportando, assim, a perspectiva da solidariedade. Neste sentido, a cidadania pressupõe um modelo de integração e sociabilidade, que surge como resposta social às transformações socioeconômicas e políticas ocorridas com o advento da Revolução Industrial e os correspondentes processos históricos de desagregação dos vínculos tradicionais de solidariedade da sociedade feudal. Em outros termos, os vínculos tradicionais que ligavam os indivíduos à comunidade, seja por pertencer a um estrato social, a uma sociedade de conhecidos ou a um grupo religioso, são substituídos por uma noção generalizada de pertencimento a uma comunidade ampla e mais abstrata, como a nação.

A cidadania consiste em um *status* concedido a todos os membros integrantes de uma comunidade política, tal como definido no estudo clássico de **Thomas Humphrey Marshall** (1967), *Cidadania, Classe Social e Status*.

### Marshall e o desenvolvimento dos direitos de cidadania

A partir da observação da realidade histórica da Inglaterra, Marshall, cientista social inglês, formulou uma tipologia dos direitos de cidadania, decompondo essa noção geral em três elementos constitutivos, ressaltando que sua separação em tais elementos decorreu da própria evolução histórica distinta que cada um deles atravessou no caso inglês. Ao surgimento de cada um dos elementos, o autor associou também a correspondência com instituições públicas responsáveis pela garantia de sua vigência. São eles:

- O ELEMENTO CIVIL é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de contratos válidos e o direito à justiça. As instituições mais associadas com os direitos civis são os tribunais de justiça.
- O ELEMENTO POLÍTICO corresponde ao direito de participar no exercício do poder político, com um membro de um organismo investido de autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o parlamento e os conselhos do governo local.
- O ELEMENTO SOCIAL refere-se a tudo o que vai desde o direito a um mínimo bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições correspondentes são, de forma mais estreita, o sistema educacional e os serviços sociais (Marshall, 1967).

Segundo Marshall, o divórcio entre os três elementos da cidadania faria com que cada um deles guiasse um curso próprio, o que o leva a afirmar que foram firmados em momentos distintos: direitos civis no século XVIII, os políticos no XIX e os sociais no XX. Além disso, Marshall avança uma tese não apenas histórica, mas que pressupõe uma relação causal entre os três elementos. Assim, os direitos políticos seriam um produto do exercício dos direitos civis, da mesma forma que os direitos sociais seriam o resultado da participação política na sociedade democrática (Leury, 1997). Muitos pretendem tomar este modelo como o único curso para o desenvolvimento da cidadania, mas não ocorreu assim em outros países. No caso da Alemanha, por exemplo, os direitos sociais antecederam o desenvolvimento dos direitos civis e políticos.

O surgimento da cidadania como possibilidade se desenvolveu como parte da construção dos Estados nacionais e da instauração do capitalismo, que, pela primeira vez, estabeleceu um Estado moderno em que o fundamento da sua soberania advém dos cidadãos, que todos iguais diante da lei. Conceitos como liberdade, igualdade e solidariedade estão na raiz da evolução da cidadania, embora muitas vezes de forma conflituosa. Contudo, sua concretização como condição real e *status* efetivo não se realiza apenas pela presença de um Estado que tem em seu aparato a materialização do poder centralizado e que, fazendo uso desse poder, contribuiu para fomentar os vínculos entre indivíduos e a construção da nação. As sociedades enfrentam lutas históricas pela conquista e expansão dos direitos de cidadania, culminando na não efetivação da ordem igualitária.

O próprio surgimento e a manutenção do Estado moderno como poder centralizado possui o monopólio da força, e, portanto, encontra-se de alguma maneira distanciado das divisões econômicas da sociedade, depende da sua capacidade de atender às demandas dos cidadãos e legitimar-se como poder que se exerce em nome do povo. A separação entre Estado e Sociedade, Economia e Política é constitutiva do Estado moderno e da sociedade capitalista, fundada na igualdade entre os indivíduos que se encontram nas trocas realizadas no mercado. Por isso, podemos dizer que Estado e cidadania são contrafaces da mesma moeda, um não existindo sem o outro.

A relação de poder entre os indivíduos e o Estado representou uma grande transformação na estrutura social da modernidade. De um lado, um Estado que atua por procedimentos racionais e legais e que funda seu poder nos indivíduos constituídos como cidadãos. A existência de uma burocracia de carreira, que não deve favores ao soberano, é condição imprescindível para que todos os indivíduos sejam tratados da mesma maneira diante do poder político, da lei, ou seja, é a garantia da existência da cidadania. De outro lado, só os cidadãos podem garantir e assegurar a legitimidade do exercício do poder político.

A democracia e a competição eleitoral tornam-se instrumentos intrínsecos a este arranjo político, necessário ao exercício do poder, que resultou de transformações socioeconômicas ocorridas entre os séculos XVI e XVIII, que instauraram a sociedade capitalista baseada em princípios que promovem estruturalmente a desigualdade como condição de sua reprodução. A desigualdade e a exploração na esfera econômica, partes intrínsecas da organização da produção capitalista, entram constantemente em contradição com a igualdade necessária à construção política e econômica do Estado moderno, qual seja, a existência de indivíduos iguais e livres que estabelecem voluntariamente relações de troca e que se encontram protegidos por um poder político que se exerce em nome de todos, sem distinção, e que é legitimado pelos cidadãos.

### Cidadania

A cidadania implica um princípio de justiça que possui uma função normativa na organização do sistema político, sendo contemporânea ao desenvolvimento dos Estados modernos e do modo de produção capitalista. Nos Estados modernos, o poder é exercido em nome dos cidadãos, que devem legitimar a autoridade política. A expansão da cidadania é parte do processo de democratização do sistema político. A cidadania é considerada um atributo central da democracia, uma vez que a igualdade é ampliada pela expansão do escopo da cidadania e cada vez mais pessoas têm acesso a essa condição. Paradoxalmente, o *status* político da cidadania foi estendido de forma conjunta com um sistema econômico fundamentado na diferenciação de classe baseada na propriedade. Enquanto a classe social está fundamentada na desigualdade econômica, a cidadania garante os mesmos direitos e deveres a todos.

A cidadania, inicialmente, surge apenas como uma possibilidade no processo de construção da dominação burguesa, uma vez que o mercado requer a presença do *status* jurídico de igualdade para o pleno desenvolvimento das relações de troca. Cada sociedade, em suas lutas históricas, é capaz de transformar esta hipótese em uma realidade concreta, construindo suas modalidades de proteção social e sua condição concreta e singular de cidadania.

Weber (1991) interpreta as transformações socioeconômicas e políticas ocorridas na Europa durante os séculos XVI a XVIII como a passagem de um padrão de autoridade tradicional, baseado no sistema de troca entre desiguais – senhor feudal e servo – para um padrão individualista, ou seja, entre indivíduos isolados. Segundo Bendix (1964), o principal aspecto desta passagem residiu nos impactos gerados pela ampliação da comunidade política, com a criação dos Estados nacionais, sobre os vínculos de identificação e solidariedade entre os indivíduos e sobre o papel dos centros de poder em relação à coesão do tecido social. As relações de poder se estruturavam no interior da comunidade política medieval e emergiam de um espaço configurado por linhas de forças representadas por jurisdições de relativa autonomia (feudos e estamentos), configurando um sistema com certa organicidade, dada pelas rígidas normas de funcionamento e de relações entre os componentes desse sistema.

A coesão social era resultado, em primeiro lugar, do caráter restrito da comunidade política, que impedia a relação direta do soberano com os integrantes dos diversos feudos que compunham o reino, exigindo, assim, a delegação de funções aos estamentos superiores (a nobreza), o que resultava em uma coalizão de interesses de poder. Esta relação de mediação exercida pelos estamentos superiores se completava nos vínculos com os demais estamentos por meio de um sistema de direitos e obrigações fundamentados na tradição hereditária.

Segundo Bendix, este sistema de reciprocidade de direitos e obrigações entre nobres e camponeses, mesmo legitimando uma condição desigual, proporcionava o caráter de integração social ao estabelecer a responsabilidade de proteção e ajuda. Assim, mesmo diante da desigualdade, a integração da comunidade se fazia presente mediante vínculos de solidariedade entre os estamentos, fundamentados na reciprocidade de direitos e obrigações, configurando uma relação de proteção e dependência:

Por mais caprichosos e evasivos que fossem os senhores, é razoável supor que durante algum tempo seu sentido de responsabilidade aristocrática, que os incumbia de ações práticas em relação a seus inferiores, manteve-se em um nível relativamente alto, e que a lealdade e obediência de seus subordinados era autêntica. (Bendix, 1964: 62)

O novo padrão de relações de autoridade que surgiu com a revolução burguesa supunha novos vínculos entre as classes, bastante diferentes daqueles estabelecidos entre os estamentos. As motivações provenientes das concepções liberais pressupunham uma organização social com base no princípio da igualdade, enquanto as relações estamentais eram baseadas nas diferenças naturais entre os indivíduos. Como consequência, a partir da segunda metade do século XVIII, a noção de responsabilidade dos ricos para com os desprovidos de condições materiais de sobrevivência passou a ser rejeitada explicitamente e a ser vista pelos intelectuais formadores de opinião, como escritores, cientistas sociais e filósofos, como uma ‘mentira piedosa’.

O novo posicionamento em relação aos excluídos, que desprovia as relações sociais de solidariedade, teve origem, na verdade, nos próprios fundamentos de mercado e de esta-

ecimento de Estados nacionais que postulavam a existência de uma igualdade abstrata, como observou Tocqueville (1945: 311):

Como em épocas de igualdade nenhum homem é compelido a prestar assistência a seus semelhantes, e ninguém tem direito a esperar muito apoio deles, todos são ao mesmo tempo independentes e impotentes. Essas duas condições, que nunca devem ser consideradas de forma separada nem sobrepostas, inspiram, ao cidadão de um país democrático, inclinações bastante opostas. Sua independência o enche de segurança em relação a si mesmo e de orgulho entre seus iguais; sua debilidade o faz sentir, de tempos em tempos, o desejo de ajuda que não pode esperar de nenhum deles, sendo a causa de sua impotência e indiferença em relação aos demais.

A postulação da igualdade abstrata que inicia a era das relações contratuais, na qual indivíduos estão no mesmo plano, possibilitou a emergência da ação política das camadas excluídas pela sociedade industrial. Porém, da simples composição abstrata de igualdade ante uma comunidade nacional ao compartilhamento de padrões de inclusão há um grande espaço, que requereu a mobilização em torno da institucionalização de direitos universais inseridos na ação do Estado por meio de políticas públicas, capazes de concretizar a *virtus* de cidadania.

Os efeitos da industrialização sobre as condições socioeconômicas de existência e de participação na recém-formada nação, e o contraste destes com as reflexões propiciadas pela ampla difusão das ideias igualitárias geraram contradições de amplitude suficiente para a emergência de movimentos sociais, de origem operária e sindical, em busca da efetivação de uma condição de cidadania que lhes era negada na prática. Assim, a ampliação da comunidade política com o surgimento dos Estados nacionais gerou a possibilidade de luta e exigência de ações coletivas e concretas na garantia de direitos capazes de inserir os indivíduos nesta comunidade nacional.

O primeiro passo nesse processo ocorreu com o próprio reconhecimento político de a pobreza e a precariedade das condições materiais de existência das camadas de trabalhadores urbanos tornavam-se, com a emergência da sociedade capitalista, um problema a enfrentado coletivamente, ou seja, surge uma questão social que requer resposta social institucional, sob pena de rompimento das estruturas sociais.

O surgimento da necessidade de algum tipo de proteção social, legal ou assistencial, para regular as condições de trabalho e minorar os sofrimentos decorrentes da situação de precariedade, isto é, a emergência da pobreza como problema social está associada ao fenômeno da industrialização e ao conseqüente rompimento das relações tradicionais do feudalismo. Surge, nesse momento, a necessidade de desenvolver tanto formas compensatórias de coesão e coesão social quanto mecanismos e instrumentos de reprodução eficaz da força de trabalho necessária à expansão da produção capitalista.

Assim, os movimentos sociais que ocorreram durante o século XIX, indignados com as precárias condições de sobrevivência a que estavam submetidos, que expressavam a contradição entre uma comunidade igual abstrata e uma condição real de exclusão, foram fundamentais para a consolidação da cidadania por meio das lutas que levaram ao desmonte dos sistemas de proteção social.

Somente por meio desses movimentos de protesto, lutas e mobilização política intensa, ocorridos na segunda metade do século XIX, foi possível avançar em direção ao



estabelecimento de direitos e obrigações na construção de um processo de integração social (Polanyi, 1980).

Para muitos autores, as políticas de proteção social foram uma resposta ao processo de desenvolvimento das sociedades capitalistas industrializadas e suas consequências – entre elas, o aumento da divisão do trabalho, a expansão dos mercados e a perda das funções de segurança das organizações tradicionais como a família – em busca de uma nova estabilidade e segurança, gerando um novo tipo de solidariedade em um contexto de alta mobilização social.

A proteção social, como atividade coletiva e orientada para esses objetivos, desenvolveu-se juridicamente na forma dos direitos garantidores da condição ou *status* de cidadania e institucionalmente na formação de complexos de proteção social estabelecidos nacionalmente. A conquista dos direitos civis, políticos e sociais foi responsável pela transformação do Estado, ampliando, concomitantemente, as instituições e políticas públicas relativas ao funcionamento da Justiça, do sistema eleitoral e da provisão dos benefícios sociais. A proteção social se institucionalizou pelo desenvolvimento de amplos sistemas de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência, visando a ampliar o bem-estar da população. Surgiram, assim, os Estados de Bem-Estar Social ou *Welfare States*.

#### ***Welfare States* (Estados de Bem-Estar Social)**

Este termo designa as políticas desenvolvidas em resposta ao processo de modernização das sociedades ocidentais, consistindo em intervenções políticas no funcionamento da economia e na distribuição social de oportunidades de vida, que procuram promover a seguridade e a igualdade entre cidadãos, com o objetivo de fomentar integração social das sociedades industriais altamente mobilizadas. Primeiro, os *Welfare States* consistem em uma resposta às crescentes demandas por seguridade socioeconômica em um contexto de mudança na divisão do trabalho e de enfraquecimento das funções de seguridade das famílias e associações debilitadas pela Revolução Industrial e a crescente diferenciação das sociedades.

Segundo, eles representam respostas às crescentes demandas por igualdade socioeconômica surgidas no processo de crescimento dos Estados nacionais e das democracias de massa com a expansão da cidadania.

Os *Welfare States* são, portanto, um mecanismo de integração que neutraliza as características destrutivas da modernização, e sua essência reside na responsabilidade pela seguridade e pela igualdade, realizada por meio de políticas distributivas.

Os *Welfare States* – como foram designados os amplos sistemas de proteção social – são produto de uma situação histórica concreta, vivida na Europa, que deu origem ao Estado nacional, à democracia de massas e ao capitalismo industrial. Pode-se identificar uma sucessão de elementos históricos que explicam a expansão da proteção social. São eles: a industrialização; a grande mudança populacional na direção campo/cidade; a ruptura dos laços e redes tradicionais de solidariedade e integração; o surgimento de grandes unidades produtivas e a criação de grupos relativamente homogêneos de trabalhadores; a mobilização e organização da nova classe trabalhadora por melhores condições de trabalho; a evolução da democracia de massas com a criação de partidos operários e/ou socialistas; o aumento da produtividade do trabalho e da riqueza acumulada; a consolidação de um corpo burocrático estatal e o domínio das técnicas administrativas; o aumento da intervenção do Estado e a criação de mecanismos redistributivos por meio de políticas sociais; a institucionalização do conflito industrial e redistributivo, mediante o desenvolvimento de organizações como partidos e

ciações de representação de interesses, capazes de dialogar e estabelecer acordos sobre pontos de interesses mútuos (Flora & Heidenheimer, 1981).

O surgimento dos sistemas de proteção social ao final do século XIX, na Europa, reu em sociedades nacionais diferentes, e como seu objetivo foi introduzir arranjos igualitários, a forma tomada por esses sistemas guarda estreita correspondência com a estrutura e a dinâmica social de cada uma. Há, assim, com o desenvolvimento histórico equivoque e a difusão dos sistemas de proteção social, os diversos arranjos nacionais de acordo com cada realidade histórica específica. Apesar das diferenças nacionais, é possível distinguir três tipos ideais de sistemas de proteção social.

### Tipos ideais de proteção social

Analisando casos históricos sobre o desenvolvimento dos sistemas de proteção social em países considerados industrializados, foi possível construir uma tipologia das formas de proteção social. A construção de tipos ideais organiza em grupos as características que, em geral, aparecem em conjunto nos sistemas de proteção social. Contudo, nem todas as características de cada grupo se apresentaram em cada caso histórico concreto. Daí utilizarmos a noção de tipos ideais. O uso desses tipos ideais tem como objetivo identificar distintos modelos de proteção para a comparação entre países e para a análise de realidades concretas. A tipologia, além dos elementos ideológico e valorativo que estão nas bases dos sistemas de proteção, são apresentados os elementos organizativos e institucionais que viabilizam a implementação das opções políticas adotadas em cada caso. Por fim, nesta tipologia, são analisadas as relações entre os modelos de proteção social e as condições de cidadania gerais em cada caso. Vamos observar que os sistemas de proteção social, ainda que possam oferecer benefícios similares, tendem a projetar efeitos políticos em relação à cidadania que podem ser altamente diferenciados.

Em outras palavras, cada sociedade responde à necessidade de criar políticas de proteção social de acordo com os valores compartilhados, com suas instituições, com a relação de poder ou menor peso do Estado, da sociedade e da comunidade. Em cada contexto singular, dada a relação das forças sociais, emergirá um modelo de proteção social peculiar à sociedade. Estes modelos podem ser analisados por suas semelhanças e diferenças em relação aos tipos já estudados.

Os diferentes modelos podem ser entendidos a partir da modalidade de proteção social que prevê os critérios de organização dos sistemas e de incorporação das demandas sociais, independentemente de uma institucionalidade específica. Assim, encontramos as seguintes modalidades de proteção social: a assistência social, o seguro social e a seguridade social. Os modelos diferem no que toca à concepção de políticas sociais e suas instituições. E o mais importante é que eles vão ter impactos na construção da própria sociedade.

Esses impactos implicam que cada um dos modelos de proteção social vai gerar consequências distintas no *status* atribuído de cidadania. Tomando a expressão jurídica e política da relação Estado/sociedade em cada uma das modalidades, encontramos, respectivamente, relações de cidadania invertida, cidadania regulada e cidadania universal. Ao analisar a política social, devemos, pois, ter em conta não apenas o benefício adquirido, mas, fundamentalmente, o *status* atribuído na concessão desse benefício.

Os traços principais dos três tipos identificados estão resumidos no Quadro 1.

Quadro 1 – Modelos de proteção social

Modalidade	Assistência	Seguro	Seguridade
Denominações	Residual	Meritocrático	Institucional
Ideologia	Liberal	Corporativa	Social-Democrata
Princípio	Caridade	Solidariedade	Justiça
Efeito	Discriminação	Manutenção	Redistribuição
Status	Desqualificação	Privilégio	Direito
Finanças	Doações	% Salário	Orçamento
Atuarial*	Fundos	Acumulação	Repartição
Cobertura	Focalização	Ocupacional	Universal
Benefício	Bens e serviços	Proporção do salário	Mínimo vital
Acesso	Prova de meios	Filiação	Necessidade
Administração	Filantropica	Corporativa	Pública
Organização	Local	Fragmentada	Central
Referência	Leis dos pobres	Bismarck	Beveridge
CIDADANIA	INVERTIDA	REGULADA	UNIVERSAL

\* O regime atuarial envolve a forma de gestão e a seleção de critérios de distribuição dos recursos financeiros captados.

Fonte: Fleury, 1994.

### Para refletir

Quais são as características fundamentais do sistema de proteção social do Brasil? Com base no Quadro 1, que contém os modelos clássicos de proteção social, analise o modelo de proteção social brasileiro a partir de cada um dos traços/modalidades apresentados. Utilize como base para as análises o texto constitucional sobre a seguridade social.

### O modelo de assistência social

O modelo de proteção social, cujo eixo central reside na assistência social, teve lugar em contextos socioeconômicos que enfatizaram o mercado com sua capacidade de ser autorregulável, sendo que o Estado deve ser restrito ao mínimo necessário para viabilizar a existência do mercado. Nesse caso, as necessidades são satisfeitas de acordo com os interesses individuais e a capacidade de cada um de adquirir os bens e serviços de que precisa. Os valores dominantes são a liberdade, o individualismo e a igualdade de oportunidades, capazes de gerar condições diferenciadas de competição no mercado.

A ênfase no mercado reserva à ação pública um lugar mínimo e complementar a este mecanismo básico, assumindo em consequência um caráter compensatório e discriminatório sobre aqueles grupos sociais que recebem proteção social porque demonstraram sua incapacidade para manter-se adequadamente no mercado. Por isso, o modelo é também conhecido como residual, sendo organizados fundos e doações administrados por organizações voluntárias, privadas ou públicas, guiadas por uma perspectiva educadora e de caridade para com os pobres. Outra característica é o caráter temporal das ações assistenciais,

atureza emergencial e pontual, gerando estruturas fragmentadas e ações descontínuas em assistência social.

As ações assistenciais devem dirigir-se aos focos de pobreza ou grupos vulneráveis, e é necessário, para tornar-se beneficiário, apresentar uma prova de inexistência de meios para atestar sua incapacidade financeira. O fato de receber um benefício, ainda que tendo caráter mais permanente, não transforma o indivíduo em possuidor de um direito. Isto quer que a concessão do benefício sempre dependerá de sua condição de carência e do poder discricionário de um funcionário que analisará a solicitação.

A assistência social surge como modelo de caráter mais propriamente preventivo e preventivo e tem como uma garantia dos direitos da cidadania, o que se evidencia nos rituais de desqualificação dos envolvidos nessas práticas – como no tratamento muitas vezes ainda dado a moradores de rua e prostitutas – que implicam até mesmo a perda de outros direitos da cidadania, como o direito de ir e vir.

Fleury (1994) denominou essa relação social como “cidadania invertida”, já que o indivíduo ou grupo passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso. Para superar essa condição, os profissionais do serviço social vêm travando muitas e duras lutas para assegurar a assistência como parte dos direitos da cidadania. Trata-se de considerar a assistência como política pública e direito dos cidadãos, rompendo a perspectiva de caridade e voluntariado, que caracterizou o assistencialismo.

### O modelo de seguro social

Implantado por Bismarck, na Alemanha, o seguro social tem como característica central a estrutura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Com base nos princípios da solidariedade, que surgiram com a formação da classe trabalhadora industrial, não se trata de conjugar estes valores com o princípio do mérito, por meio do qual os indivíduos não recebem compensações proporcionais a suas contribuições ao seguro. Sancionado pelo Estado, o seguro social tem uma forte presença da burocracia, que reconhece e legitima as diferenças entre os grupos ocupacionais, em busca da lealdade dos beneficiários. A assistência é focalizada nos pobres, e o seguro social está voltado para grupos de trabalhadores do mercado formal, já politicamente organizados.

O esquema financeiro do modelo do seguro social revela uma associação entre política social e inserção no mercado de trabalho, já que recebe contribuições obrigatórias de empregadores e empregados, como porcentagem da folha salarial, às quais vem se juntar a contribuição estatal. Esse modelo tripartite de financiamento se reproduz também na gestão, expressa claramente a natureza corporativa desse mecanismo de organização social da assistência, já que se dirige a categorias profissionais.

Seu objetivo é a manutenção das condições socioeconômicas dos beneficiários, em situações de risco, como a perda da capacidade de trabalho por idade, enfermidade ou acidente. Visa a assegurar àquele que já tenha contribuído durante um determinado período condições de vida semelhantes às de um trabalhador ativo.

Os recursos das contribuições mensais são aplicados em conjunto para depois serem distribuídos de acordo com as necessidades, sempre mantido o vínculo entre a contribuição e os benefícios, ou seja, aqueles que mais contribuírem terão direito a benefícios maiores. O modelo atuarial de acumulação é perfeito para o caso das aposentadorias, mas já não

se aplica plenamente no caso da saúde, em que os que menos contribuem, por terem salários mais baixos, são os que mais necessidades têm. Como o seguro social é coletivo, e não individual como os atuais seguros privados, há sempre uma margem para redistribuição entre os participantes de uma dada categoria.

A organização altamente fragmentada das instituições sociais expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados das diferentes categorias de trabalhadores, na medida em que cada uma delas tem força política distinta para reivindicar melhorias no seu padrão de benefícios. O condicionamento dos direitos sociais pela inserção dos indivíduos no mercado de trabalho foi chamado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979) de **cidadania regulada**, por referência à regulação exercida pela inserção de cada beneficiário na estrutura produtiva.

### ○ modelo de seguridade social

No terceiro modelo, a proteção social assume a modalidade de seguridade social, designando um conjunto de políticas públicas que, inspiradas em um princípio de justiça social, garantem a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. Sua referência histórica é o Plano Beveridge, de 1942, na Inglaterra, onde se estabeleceu, pela primeira vez, um novo modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, segundo a qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado.

O caráter igualitário do modelo está baseado na garantia de um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada, independentemente da existência de contribuições anteriores. O acesso aos benefícios sociais depende unicamente da necessidade dos indivíduos, ou seja, o acesso à escola porque é preciso ser educado, o acesso ao sistema de saúde porque há uma demanda sanitária.

Ao desvincular os benefícios das contribuições, é estabelecido um mecanismo de redistribuição por intermédio das políticas sociais, que têm como objetivo corrigir as desigualdades geradas no mercado. Esse modelo foi também chamado institucional porque gerou um sistema de políticas e instituições públicas capaz de assegurar, de forma integrada e centralizada, a coordenação da execução dessas políticas.

O Estado desempenha um papel central tanto na administração como no financiamento do sistema, que destina recursos importantes do orçamento público para a manutenção das políticas sociais. Os recursos do sistema são repartidos na medida em que as despesas são cobertas com recursos arrecadados periodicamente. Nesse sentido, fala-se que a seguridade gera um compromisso entre gerações, em que os adultos atuais pagam os benefícios da geração de seus pais e criam uma dívida para a geração de seus filhos. Nesse modelo, podemos falar de uma cidadania universal, já que os benefícios são assegurados como direitos sociais, de forma universalizada a todos aqueles que necessitem deles.

Conhecidos os três modelos clássicos de proteção social, algumas questões ficam para a reflexão:

- Apesar das diferenças entre os três modelos, existem alguns pressupostos básicos comuns a todos eles, em especial a existência de Estados nacionais fortes o suficiente para assegurar os direitos de seus cidadãos e a existência de um padrão de desenvolvimento econômico que absorva a mão de obra e que permita o financiamento da proteção social, seja pela política pública, pelo mercado ou pelo seguro social. No contexto atual,

### nia regulada

adania regulada  
o o conceito de  
nia cujas raízes  
ram-se, não em  
digo de valores  
os, mas em um  
de estratificação  
ional, e que, ade-  
al sistema de es-  
ção ocupacional é  
o por norma legal.  
tras palavras, são  
os todos aqueles  
ros da comuni-  
ue se encontram  
idos em qualquer  
as ocupações re-  
cidas e definidas  
. A extensão da  
nia se faz, pois, via  
mentação de novas  
ões e/ou ocupa-  
m primeiro lugar,  
ante ampliação do  
dos direitos asso-  
a estas profissões,  
que por extensão  
lores inerentes ao  
to de membro da  
idade. A cidadania  
mbutida na pro-  
e os direitos do  
o restringem-se aos  
s do lugar que ocu-  
processo produtivo,  
o reconhecido por  
antos, 1979: 68).

de globalização da economia e perda de poder dos Estados nacionais, como serão afetadas as políticas sociais? Em um modelo econômico no qual a economia cresce sem absorver a maioria da população, como manter os sistemas de proteção social?

O conceito de cidadania supõe uma igualdade básica dos indivíduos na esfera política, apesar de todas as diferenças sociais. No entanto, um conceito de igualdade que se aplique de forma homogênea a setores e grupos sociais em condições tão distintas é o mais justo? Quando se discutem políticas sociais baseadas em critérios de discriminação positiva de grupos que foram prejudicados pelas políticas homogêneas, o que está em questão é a revisão do conceito de igualdade simples para o de uma igualdade complexa, no qual as diferenças – como as de gênero, idade, etnia, raça e necessidades físicas especiais – sejam tratadas como singularidades pelas políticas públicas universais.

Recentemente, houve uma volta ao predomínio da ideologia liberal, o que gerou críticas fortes ao sistema de proteção social de caráter público. Falou-se muito do fracasso do Estado de Bem-Estar Social, das dificuldades para financiá-lo, já que a população idosa vive cada vez mais, a atenção à saúde é cada vez mais cara e o número de pessoas adultas e jovens vem diminuindo, proporcionalmente. No entanto, países que mantêm mais de 50% de sua população trabalhadora – população economicamente ativa (PEA) – no mercado informal terminam por inviabilizar a proteção social se sua fonte de renda for feita principalmente com base nas contribuições sobre o salário.

Sabemos que a adoção de um ou outro modelo de proteção social não depende basicamente da riqueza do país, mas do predomínio de valores mais individualistas ou mais solidários. Assim, enquanto os países escandinavos e o Canadá apresentam sistemas de proteção social muito abrangentes e generosos, cobrando para isto altos impostos, os Estados Unidos dão mais valor ao trabalho e ao esforço de cada um para conseguir seu seguro individual. O crescimento dos seguros individuais nos países em desenvolvimento é um fato marcante, pois esses seguros, diferentemente do seguro social, não permitem qualquer forma de distribuição social entre os grupos mais ricos e os mais pobres da população.

A Constituição Federal de 1988 incluiu a saúde como parte da seguridade social, avançando em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no art. 194 (Cap. II, da Ordem Social), inovando ao consagrar o modelo de seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência na seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência. O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas, uma perspectiva ‘publicista’ de cogestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado. Esse novo modelo foi expresso nos princípios organizadores da seguridade social: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações

urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irreduzibilidade do valor dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; gestão quadripartite, democrática e descentralizada, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo em órgãos colegiados. Além disso, introduziu a noção de uma renda de sobrevivência, de caráter não contributivo, ao assegurar um benefício financeiro de prestação continuada para idosos e deficientes incapazes de trabalhar.

## O conceito de política social

As ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social consistem no que chamamos de **política social**. Esta é a atividade que decorre da própria dinâmica de atuação dos sistemas de proteção social, ou seja, consiste em sua forma de expressão externa, concretização, e envolve o desenvolvimento de estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais.

Assim, a política social, como ação de proteção social, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social e do bem-estar. Portanto, a política social apresenta uma dinâmica multifacetada que inclui ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, a promoção de igualdade e dos direitos de cidadania e a afirmação de valores humanos como ideais e a serem tomados como referência para a organização de nossas sociedades.

Tradicionalmente, as políticas sociais abrangem as áreas da saúde, previdência e assistência social, que são os campos clássicos do bem-estar social, além de outros campos como a educação e habitação. Cada uma delas está voltada para a proteção coletiva contra riscos específicos e, portanto, possuem aspectos singulares de elaboração, organização e implantação, assim como diferem em termos de técnicas, estratégias, instrumentos e objetivos específicos almejados. Esses aspectos da dinâmica de cada uma das áreas da política social são complexos e de extrema importância no desenvolvimento dos sistemas de proteção social, uma vez que são nesses aspectos que os sistemas adquirem forma concreta e agem diretamente sobre a realidade social.

Assim, quando se fala em política social como ação concreta de proteção social, uma nova questão se coloca: compreender como os sistemas de proteção social são geridos e, principalmente, como eles agem concreta e diretamente sobre a realidade social. Logo, quando passamos dos sistemas à política social, posicionamo-nos diante de um novo desafio, que é avançar além dos aspectos mais estáticos e históricos dos sistemas de proteção social (como a classificação em tipos ideais), para nos envolvermos em seus aspectos mais concretos e atuais.

Na segunda parte deste capítulo, vamos abordar a dinâmica de construção e gestão da política social, ou seja, vamos entender como os sistemas de proteção social são geridos e por meio de que estratégias, instrumentos e processos eles agem diretamente sobre a realidade social. Tomaremos a política de saúde como exemplo da dinâmica de gestão dos sistemas de proteção social, uma vez que o objetivo deste capítulo é apresentar a política de saúde como uma política social.

Ao apresentar como a política de saúde, em especial a política de saúde no Brasil, se trói e age cotidianamente, buscamos compreender como a política social, em meio a s técnicas, estratégias políticas e organizacionais, disputas por recursos e ideias, cumpre papel maior de proteger as coletividades.

### Para refletir

Como construir modelos de proteção social e expandir a cidadania em países emergentes?

## POLÍTICA DE SAÚDE COMO AÇÃO DE PROTEÇÃO SOCIAL: ASPECTOS DA DINÂMICA DE INSTRUÇÃO E GESTÃO DA POLÍTICA SOCIAL

A construção da política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em momento definido. Como atividade de proteção social, a política de saúde se coloca na interface de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre produtores e provedores de bens e serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais.

Portanto, a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado. Por exemplo, a sociedade financia com seus impostos e contribuições, tem atitudes e valores em relação ao corpo e ao bem-estar, comporta-se de formas que afetam a saúde, coletiva e/ou individualmente (poluição, sedentarismo, consumo de drogas). O Estado, por exemplo, define normas e obrigações (regulação dos seguros, vacinação), recolhe recursos e os aloca em programas e ações, cria estímulos para produção de bens e serviços, serviços de atenção, define leis que sancionam o acesso, desenvolve tecnologias e forma recursos humanos. O mercado produz insumos, oferece serviços de seguro e participa da oferta de serviços e da formação de recursos humanos.

Por critério de relevância, selecionamos sete aspectos considerados essenciais na construção e na dinâmica de gestão da política de saúde. Esses aspectos são:

a definição de objetivos (finalidades) da política – a política de saúde se constrói buscando atingir objetivos projetados e acordados como garantidores de padrões de proteção mínimos contra riscos sociais e a promoção do bem-estar (redução e eliminação de enfermidades, distribuição de benefícios para manter nível de renda em patamares aceitáveis, regulação de relações sociais como familiares e empresariais);

a construção e o emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas capazes tanto de analisar e monitorar as condições sociais de existência da população quanto de desenhar estratégias, metas e planos detalhados de ação;

o desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes – a política de saúde produz efeitos em diversas relações sociais ao mesmo tempo (promoção da



igualdade, legitimação política de grupos governamentais, manutenção da dinâmica econômica);

- 4) a construção oficial de arenas, canais e rotinas para orientar os processos decisórios que definem as estratégias e os planos de ação da política;
- 5) a assimilação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais provenientes dos mais diversos atores presentes na cena política de um país;
- 6) o desenvolvimento, a reprodução e a transformação de marcos institucionais que representam o resultado de referenciais valorativos, políticos, organizacionais e econômicos, que permeiam, sustentam a política e a interligam ativamente ao sistema de proteção social;
- 7) a formação de referenciais éticos e valorativos da vida social – a afirmação e a difusão de valores éticos, de justiça e igualdade, de referenciais sobre a natureza humana fundada em evidências cientificamente legitimadas, de ideais de organização política e social, de elementos culturais e comportamentais.

Todos esses elementos são centrais na construção da política de saúde e estão presentes no cotidiano da ação dos sistemas de proteção social sobre a realidade. A seguir, passaremos a abordar cada um deles ao discutirmos como se fazem presentes na construção concreta da política de saúde.

### A definição de objetivos (finalidades) da política

O conceito mais difundido de política de saúde, e internacionalmente adotado, enfatiza seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população. Esta forma de entendimento sobre a natureza da política de saúde está presente na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que afirma que aquela consiste em:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que *definem as prioridades* e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses. (...). Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis. (WHO, 1998: 10 – grifo nosso)

O estabelecimento de objetivos, orientados por valores maiores que são referenciais, consiste em um dos principais componentes da construção de uma política, uma vez que é a busca pelos objetivos que determinará a forma de alocação de recursos e o tipo de estratégia adotada.

As definições mais difundidas da política de saúde podem ser caracterizadas pela ênfase principal dada pelo dever ser ou pelas finalidades que a política de saúde deveria cumprir. Por exemplo: é um esforço sistemático para reduzir as desigualdades entre os homens.

Essa é uma concepção que apresenta os aspectos externos da política de saúde, ou seja, aqueles que estão mais próximos do senso comum, pois colocam à disposição da população o oposto dos governantes sobre os problemas de saúde:

Entende-se por política [de saúde] as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento (...). As políticas visam tornar transparente a ação do governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis. *O cerne de uma política é constituído pelo seu propósito, diretrizes e definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos.* (Brasil, 1998: 7 – grifo nosso)

Assim, quando elaboramos uma política, precisamos definir quais são seus objetivos e tipo de valores estão orientando essa política. Isso possui ainda dois efeitos importantes. O primeiro consiste na visibilidade política que essa forma de se apresentar comporta, permitindo que chefes de governo divulguem com mais facilidade suas realizações, indo ao encontro aos anseios da população. O segundo deve-se a que o conceito permite que se tenha uma visão totalizante da política, possibilitando avaliar seus rumos.

A principal vantagem consiste em chamar atenção para o conteúdo valorativo das políticas de saúde, considerando que estas, mais que simples medidas técnicas de equacionamento de problemas sociais, estão baseadas em um conjunto de valores que orientam as decisões e estratégias. Vejamos, a seguir, alguns exemplos colhidos de políticas específicas do Ministério da Saúde no Brasil (Quadro 2).

Quadro 2 – Políticas setoriais: objetivos e valores

Política específica	Objetivos	Valor maior
Política de saúde do trabalhador	A política nacional de saúde do trabalhador é um conjunto de ações que visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área da saúde.	Promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis.
Política de saúde da população negra	A política nacional de saúde da população negra consiste em ações voltadas para a inclusão social e a redução dos diferentes graus de vulnerabilidade a que está exposta essa população.	Garantia da equidade racial e étnica.

Fonte: Elaboração com base nas diretrizes setoriais de cada política.

Essas definições de política de saúde estão em sintonia com uma situação ideal projetada para cada setor da população abordado e oferecem um marco ideal expresso em seus valores finais como guias de condução das atividades governamentais.

Mas essa ênfase nos ideais pode representar um problema. A principal limitação em relação somente aos objetivos da política reside em sua incapacidade de fornecer um instrumento para análise das realidades concretas das políticas de saúde. Assim, quando não estão alinhando com as finalidades enunciadas, tais como reduzir as desigualdades, melhorar as condições de vida, outorgar bem-estar à sociedade, significaria que não existe política de saúde em um dado país?

Ao negar a existência de políticas concretas porque não estão atendendo às finalidades pretendidas, consideramos ser aquelas da política de saúde, estaríamos perdendo a possibilidade de compreender a realidade e, por conseguinte, interferir em seu curso.

Portanto, o conhecimento das realidades setoriais concretas, e não apenas o projeto de uma situação ideal, é um aspecto essencial para compreender como as políticas de saúde interagem com a realidade, que efeitos causam e como essas realidades afetam a elaboração da política.

### A construção e o emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas

Apenas definir objetivos não é suficiente para construir políticas efetivas, é necessário também compreender os problemas setoriais e desenvolver ferramentas concretas de ação. Enfatizando esse aspecto, surge uma outra forma, também tradicional, de definir as políticas de saúde que a tomam como uma estratégia concreta, organizada e especificamente orientada por meio de recortes das ações e programas que se situam em diferentes setores, reconhecidos como de saúde. Nesse caso, definem-se as políticas de saúde como as decisões, estratégias, instrumentos e ações (programas e projetos) que se orientam para o cumprimento de determinadas metas delimitadas para cada campo de atuação das políticas citadas como, por exemplo, política nacional de saúde no campo, da mulher, da população negra, de saúde no trabalho etc.

Quando enfatizamos esse aspecto mais instrumental da política de saúde, podemos visualizar concretamente a estratégia de política adotada, os seus princípios e núcleos temáticos, as ações que serão realizadas, os resultados almejados, os responsáveis pela sua execução, o volume de recursos disponíveis, a origem deles, os indicadores que serão utilizados para avaliar sua execução e outros aspectos de natureza mais prática. Vejamos um exemplo da política de saúde no Brasil.

A análise do Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e Aids 2004-2007, que sintetiza a política nacional apresentada pelo Ministério da Saúde relativa à Aids e a outras doenças sexualmente transmissíveis, permite visualizar como a política de saúde se apresenta sob esta forma (Quadro 3).

Nesse plano estratégico podem-se visualizar três elementos fundamentais na construção concreta de uma política: o diagnóstico da realidade (qual é a situação atual), os objetivos pretendidos (que situação futura almejamos) e a estratégia a ser adotada (como iremos atingir o que pretendemos). Note-se que deve haver uma coerência entre as três partes do plano, pois não é possível almejar uma situação perfeita em relação ao que temos, dadas as restrições de curto prazo, nem adotar uma estratégia que não seja compatível com o que se pretende.

Por exemplo, quando se observa por meio de informações colhidas que a Aids está avançando para as regiões do interior, torna-se um objetivo coerente da política aproximar a ação do governo federal com a dos estados e municípios, mediante uma estratégia de descentralização da gestão do Programa Nacional de DST e Aids.

### Quadro 3 – Síntese do Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e Aids. Brasil – 2004-2007

Diagnóstico, objetivos e estratégias da política de DST e Aids
<p><b>Diagnóstico de tendências da epidemia de HIV/Aids</b></p> <p>expansão da epidemia na região Sudeste</p> <p>aumento do crescimento de casos em razão da transmissão heterossexual</p> <p>aumento do crescimento de incidência em mulheres</p> <p>desigualdade de distribuição (incidência maior na população pobre)</p> <p>regionalização (maior incidência em municípios do interior)</p> <p>transmissão vertical dos casos de transmissão vertical (transmissão de mãe aos filhos)</p> <p>transmissão dos casos por transfusão de sangue e hemoderivados</p> <p>transmissão progressiva dos casos de usuários de drogas injetáveis (UDI)</p>
<p><b>Objetivos da política de DST e Aids</b></p> <p>melhorar a qualidade e o acesso às ações de atenção e prevenção</p> <p>combater a discriminação e o preconceito e fortalecer os direitos humanos relacionados à epidemia de HIV/Aids e outras DST</p> <p>potencializar a efetividade das ações por meio do desenvolvimento e incorporação de tecnologias inovadoras</p> <p>descentralizar o financiamento e a gestão aos estados e municípios</p>
<p><b>Principais estratégias da política</b></p> <p>descentralizar a gestão do Programa Nacional de DST e Aids em consonância com seus princípios, atribuições e responsabilidades em cada uma das esferas de governo</p> <p>potencializar o desenvolvimento científico e tecnológico nos campos das DST/HIV/Aids</p> <p>produzir e disseminar informações oportunas e de qualidade, subsidiando decisões nos vários níveis da estrutura nacional ao HIV/Aids, sífilis congênita e outras DST</p> <p>potencializar o fortalecimento das parcerias e das articulações intersetoriais, governamentais e não governamentais (movimentos sociais e setor privado), nacionais e internacionais</p> <p>melhorar o acesso ao diagnóstico laboratorial do HIV e outras DST</p> <p>promover a redução do estigma e da discriminação e respeito à diversidade sexual, étnica e cultural</p>

Como podemos ver, quando percebemos a política de saúde por sua dimensão estratégica ou instrumental, enfatizamos seu caráter de atividade legítima e organizada em torno de um programa de ações que busca o alcance de determinados objetivos estabelecidos como prioridades pela sociedade,

A ênfase está nos aspectos da estratégia institucional, operacional, gerencial, e mesmo financeira, o que permite estabelecer de forma mais realista os potenciais e as debilidades da política de saúde, tornando possível gerar elementos que ajudem a compreender o porquê de os resultados obtidos não serem os esperados, caso isso ocorra. Quando apenas afirmamos as finalidades da política, conseguimos somente dizer se a política de saúde está cumprindo seu propósito ou não, mas não o porquê desse comportamento, nem o que fazer de concreto para mudar a situação.

A vantagem principal, neste caso, consiste em delimitar o campo social a partir dos limites institucionalizados das políticas públicas, ou seja, elaboramos uma política não apenas

Para conhecer mais sobre a política de DST e Aids, consulte o capítulo 31.

olhando o que queremos e o que definimos como ideal, mas, fundamentalmente, procurando compreender tanto o comportamento da realidade sobre a qual queremos agir, quanto de que forma agiremos sobre ela.

No entanto, quando pensamos nos objetivos almejados para desenhar uma política, ou nas realidades setoriais e nas estratégias e nos instrumentos para modificá-las, precisamos lembrar que as políticas podem afetar e ser afetadas por outras áreas e por outras relações, como as relações econômicas, políticas ou culturais.

Ainda que nos ajudem a recortar uma realidade concreta, por meio de uma definição de seus limites, pensar a dinâmica de uma política por seus objetivos e realidades tende a ser arbitrário e desconhece a complexidade dos problemas sociais. Cada vez mais, busca-se superar as limitações arbitrárias entre as políticas econômicas e sociais, ao introduzir, por exemplo, a noção de investimento em saúde como investimento produtivo, e não somente gasto social, e reconhecer a capacidade econômica destes na produção de empregos e consumo de bens industriais.

Portanto, podemos entender que as políticas de saúde, suas estratégias, instrumentos e planos produzem uma ação que não se limita ao campo da saúde, uma vez que, influenciando em diversos outros aspectos da dinâmica social (econômica, política, cultural), também podem, igualmente, cumprir vários outros papéis, ou funções, além de seu objetivo básico de resolver problemas de saúde.

## ○ DESEMPENHO SIMULTÂNEO DE PAPÉIS POLÍTICOS E ECONÔMICOS DIFERENTES

Quando estivermos elaborando uma política de saúde, devemos ter em mente que seus planos e ações podem produzir efeitos políticos e econômicos. É muito importante entender que efeitos são esses e que funções a política de saúde desempenha nesses campos. Algumas definições de política de saúde se baseiam na função que essa política cumpre em dada sociedade, como, por exemplo, a política de saúde consiste em um conjunto de orientações normativas às relações entre Estado e sociedade, dirigidas para garantir um padrão de solidariedade vigente entre os grupos e indivíduos em uma sociedade concreta.

Essas definições chamam a atenção para as consequências das políticas, que podem ser muito diferentes dos enunciados finais e metas setoriais assumidos. Elas nos permitem aprofundar a análise de seus efeitos na reprodução ou transformação da estrutura social. Isso pode envolver a ampliação de ganhos econômicos de setores empresariais, a manutenção de *status* de grupos sociais, a sustentação política dos grupos que estão no poder, dentre outros, fatores.

Uma das maneiras de entender esse aspecto da dinâmica da política de saúde é perceber que a política de saúde, por movimentar uma quantidade enorme de recursos financeiros na construção e manutenção de unidades médicas, remuneração de profissionais, produção e distribuição de medicamentos e equipamentos etc., constitui um complexo de produção de bens e serviços que se apresenta como uma parte significativa do sistema da economia de um país.

A política de saúde tem também um forte vínculo com o âmbito econômico, pois contribui para a manutenção do nível econômico e a aceleração do ritmo das atividades produtivas, ao causar efeitos sobre outros setores como química e farmacêutica, equipamentos etc. Podemos perceber esse fato observando o percentual de gastos de alguns países

o-americanos com saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) (total de riquezas em país em um ano).

Os percentuais demonstram quanto da riqueza nacional o governo, as famílias e as empresas, em conjunto, direcionam para os gastos diretos com saúde, sem falar nos impactos e os outros setores produtivos. No caso ilustrado pela Tabela 1, embora o Brasil seja o 10º país em termos de volume de gasto em relação ao PIB (9,0%), apenas 45,7% desses gastos são realizados pelo sistema público de saúde, sendo os outros 54,3% gastos privados ou diretamente ou por meio de planos e desembolsos individuais. Essa forma de distribuição do gasto, em que poucos recursos são destinados ao sistema público de saúde, limita a ação na transformação de uma estrutura marcada por desigualdade social.

Tabela 1 – Gastos em saúde como percentual do PIB (total, público e privado) e *per capita*. Países selecionados – 2009

	Gasto total em saúde (% do PIB)	Gasto público (% total)	Gasto privado (% total)	Gasto <i>per capita</i> com saúde (PPP int. \$)*
Argentina	11,8	93,1	6,9	503
Burkina Faso	6,4	84,2	15,8	569
Costa Rica	10,5	67,4	32,6	1.165
Egito	9,5	66,4	33,6	1.387
Guatemala	4,8	63,3	36,7	213
Haiti	7,6	49,0	51,0	548
Paraguai	7,4	63,1	36,9	979
Peru	8,3	71,6	28,4	1.081
Uruguai	6,0	56,8	43,2	230
Venezuela	5,9	41,4	58,6	495
Brasil	8,1	89,7	10,3	258
El Salvador	6,4	60,4	39,6	427
Estados Unidos	9,0	45,7	54,3	943

\* Purchasing power parity international dollar.

Fonte: WHO, 2011.

A relação entre políticas de saúde, como as demais políticas sociais, e economia é, na maioria das vezes, uma relação tensa, pois os governos costumam ver as políticas sociais nas áreas de gasto, e não de produção. Nos momentos de crise econômica e contenção de gastos governamentais, a área econômica do governo impõe limites aos gastos sociais para a preservação do equilíbrio financeiro.

No entanto, as áreas de políticas sociais deveriam ser também vistas como áreas promissoras, pois são geradoras de inúmeros empregos e têm acentuada capilaridade, já que escolas de saúde e educação estão espalhadas por todo o país. Assim, além de geradoras de emprego, as políticas de saúde contribuem para o desenvolvimento econômico, ao contribuir para a diminuição da mortalidade precoce e formar uma força de trabalho mais qualificada e em melhores condições sanitárias. Em uma economia globalizada, cada vez mais

Os capítulos 13 e 14 tratam sobre os gastos em saúde nos setores público e privado no Brasil.

o conhecimento e a qualidade de vida são vistos como imprescindíveis para o aumento da produtividade e, portanto, da competitividade no mercado internacional. Além disso, a área da saúde desenvolve tecnologias que fazem avançar o conhecimento e a capacidade competitiva de uma economia.

Da mesma forma, há efeitos relacionados à dinâmica política que não podem ser ignorados quando se trata de uma determinada política de saúde. A história do desenvolvimento das políticas sociais no Ocidente é um reflexo das lutas que se travaram na busca da ampliação dos direitos humanos. Formam parte das conquistas alcançadas pelos trabalhadores organizados, em especial nos países europeus, que, com suas lutas, obtiveram um conjunto de direitos sociais, nos séculos XIX e XX.

Entretanto, as políticas sociais, principalmente as de saúde, não apenas beneficiaram o lado do trabalho, pois também favoreceram o capital, ao transferir para o Estado os custos da reprodução da força de trabalho, com a progressiva socialização destes custos. Assim, a reprodução da força de trabalho deixou de ser assunto da esfera privada, na qual inicialmente se situava, e posteriormente, em vez de serem incorporados ao salário, tais custos passaram, cada vez mais, a ser parte de políticas públicas. Começaram, então, a ser custeados com tributos pagos por toda a sociedade, como é o caso das políticas de saúde em boa parte dos países. Se no início do processo de industrialização ter um trabalhador em boas condições de saúde dependia do salário que lhe era pago, agora isto depende da existência de políticas de saúde, para as quais todos, inclusive o próprio trabalhador, contribuem por meio de taxas específicas ou impostos gerais. Dessa forma, as políticas de saúde se tornaram um ponto de convergência entre os interesses dos trabalhadores e os dos empresários, representando o consenso virtuoso da social-democracia, por meio do qual não só se amenizaram os conflitos, mas também se permitiu um aumento da produtividade do trabalho.

No campo da política de saúde, os interesses empresariais são muito poderosos, pois muitas vezes são complexos de empresas multinacionais que dominam a tecnologia de produção de um medicamento ou insumo. Isso tem gerado muitas questões sobre o processo de atribuição de patentes sobre medicamentos vitais para a saúde da população. Muitos argumentam que as patentes são necessárias porque estas empresas investiram muito na pesquisa que gerou este conhecimento e devem ser recompensadas. Para outros, no entanto, os países em desenvolvimento não deveriam respeitar as patentes que inviabilizam o acesso de suas populações aos meios de cura.

Nos últimos anos, as políticas sociais vêm sendo cada vez mais determinadas também pelos interesses gerados pelos setores empresariais, em grande parte porque aquelas representam a possibilidade de consumo das mercadorias por eles produzidas, como medicamentos, equipamentos hospitalares, livros escolares, computadores, material de construção. Em contrapartida, foram geradas novas formas de empresariamento de práticas e serviços sociais que dependem do financiamento ou da regulação do poder público, como, por exemplo, empresas seguradoras, hospitais privados, escolas particulares etc.

Mais recentemente, o predomínio do capital financeiro também se manifestou no campo das políticas sociais, com a introdução dos seguros individuais para previdência e saúde. O resultado foi que a classe média e os setores mais abastados da população passaram a comprar seus planos de saúde e de aposentadoria, ao passo que a população mais pobre ficou dependente das políticas públicas.

Entretanto, quando pensamos a política de saúde pelo papel que ela exerce nas relações sociais, temos de pensar também nas contradições que ela contém. Por exemplo, ainda em muitos casos, seja correto pensar que a função da política de saúde consiste em limitar os governos, esta definição não facilita a análise do contraditório processo de luta e os diferentes grupos sociais que atravessa o campo das políticas sociais. Ou melhor, a política que legitima o governo pode ser, ao mesmo tempo, capaz de aperfeiçoar o emprego de recursos humanos, reproduzir a força de trabalho e garantir certo padrão de variedade. Portanto, precisamos abordar um novo aspecto na dinâmica das políticas de saúde, que consiste em entender como as decisões são tomadas no interior dos sistemas de saúde, ou seja, como as relações de poder se estruturam na política de saúde.

### Arenas, canais e rotinas do processo decisório da política de saúde

Quando pensamos que não há consensos sobre diversos problemas de política de saúde e diversos grupos sociais têm percepções diferentes sobre eles, entendemos que não é fácil produzir uma política qualquer sem que antes se obtenha uma assimilação mínima de múltiplos interesses envolvidos. Isso implica compreender as relações de poder que se estabelecem em torno da política de saúde e que afetam o processo decisório que define os programas, estratégias e os processos de alocação de recursos. Como essas relações de poder se organizam no interior das políticas e sistemas de saúde? Esse é outro aspecto fundamental que precisamos ter em mente quando queremos saber como as políticas agem na prática.

Essa reflexão nos leva aos instrumentos, mecanismos, arenas e rotinas utilizados para organizar a ação política dirigida a determinados fins. Nesse momento, percebemos que a política de saúde é também um processo composto por uma sequência de tomada de decisões e relação a como enfrentar um problema identificado como prioritário na agenda pública:

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. *Políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde (politics)*, bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*policy*). (...) enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas. (Paim & Teixeira, 2006: 74 – grifo nosso)

Ao chamar a atenção para a dimensão política e organizacional das políticas sociais, curamos dar uma materialidade à política de saúde, para além dos aspectos valorativos, instrumentais e funcionais anteriormente abordados. Aqui, as políticas de saúde são vistas como processos decisórios envolvendo atores e interesses sociais, que ocorrem em ambientes institucionais e organizacionais por meio dos quais se definem prioridades e estratégias que condicionam os meios aos fins propostos. Quando produzimos uma determinada política de saúde, precisamos, então, compreender que sua elaboração abrange um ciclo composto por etapas de elaboração, implantação e execução, do qual participam diversos atores, compondo um círculo de relações de poder que moldam o formato geral da política. Essas relações se pressentem em espaços específicos, chamados 'arenas', por meio de regras determinadas e processos previamente estabelecidos.



É fundamental conhecer cada um desses aspectos porque são decisivos em cada momento de construção e desenvolvimento de uma política. Faz muita diferença saber em que ponto se decide cada aspecto da política, quem, como, quais e quantas são as etapas de decisão, quais são os limites do poder dos gestores, onde entra a sociedade civil etc. Podemos tomar como exemplos a estrutura e o processo decisório básico da política de saúde no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em que o processo decisório é caracterizado por uma ampla quantidade de arenas e instâncias de pactuação que visam a garantir o caráter democrático e participativo das decisões.

Uma vez que a política de saúde no interior do SUS é descentralizada e estruturada a partir da divisão e do compartilhamento de competências entre as três esferas da federação (União, estados e municípios), mas, ao mesmo tempo, é unificada nacionalmente, torna-se necessário articular não só os processos de elaboração das estratégias da política, como também os atores, inclusive a sociedade civil, em suas atividades de aplicação de recursos e implementação de planos e programas. A estrutura decisória da política de saúde no Brasil é fundamentada nos seguintes instrumentos, processos e arenas:

- mecanismos de participação e controle social – representados pelos conselhos de Saúde, existentes em cada uma das esferas governamentais, com representação paritária de 50% de representantes do Estado e 50% da sociedade civil. Os conselhos, para além de instrumentos de controle social, externos ao aparelho de Estado, devem ser entendidos como “componentes do aparelho estatal, onde funcionam como engrenagens institucionais com vigência e efeitos sobre os sistemas de filtros, capazes de operar alterações nos padrões de seletividade das demandas” (Carvalho, 1997: 99);
- mecanismos de formação da vontade política – as conferências de Saúde, realizadas periodicamente, em todos os níveis do sistema, que, em uma interação comunicativa, colocam todos os atores sociais em ação conjunta em uma esfera pública e comunicacional, periodicamente convocada. Além de mecanismos de aprendizagem e reconhecimento social, esta instância fortalece a sociedade organizada que participa do processo de construção dos lineamentos políticos mais amplos do sistema, embora sem caráter vinculativo. São os espaços de construção de diretrizes para a formulação da política de saúde que orientarão as políticas de saúde nos anos seguintes e delas participam gestores e atores organizados da sociedade civil. São interligadas nas três esferas, sendo que as municipais influenciam as estaduais e estas, a nacional;
- mecanismos de negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos em um sistema descentralizado de saúde – a suposição de interesses distintos e de câmaras institucionais de negociação dessas diferenças e de geração de pactos de gestão é uma das grandes inovações deste modelo federativo que assume a diferenciação como realidade e a igualdade como princípio político e meta institucional. As arenas principais de negociação são os consórcios de saúde (entre gestores municipais, onde houver), as comissões intergestores bipartite (uma em cada estado onde negociam municípios e o gestor estadual) e a comissão intergestora tripartite (participam o gestor nacional e representantes dos gestores estaduais e municipais). Nessas instâncias, a sociedade civil não tem capacidade decisória, apenas nos conselhos e conferências de Saúde. Este modelo pode ser sintetizado como no Quadro 4.

adro 4 – Estrutura simplificada de suporte ao processo decisório da política de saúde SUS

Instâncias colegiadas de decisão do SUS			
Atores	Negociação e pactuação intergovernamental	Formação da vontade política	Participação e controle social (50% governo – 50% sociedade civil)
Esfera federal		Conferências Nacionais de Saúde	Conselho Nacional de Saúde
Esfera estadual		Conferências Estaduais de Saúde	Conselhos Estaduais de Saúde
Esfera municipal		Conferências Municipais de Saúde	Conselhos Municipais de Saúde

Os mecanismos de funcionamento do SUS estão detalhados no capítulo 12, e a participação social no SUS, no capítulo 28.

Fonte: Fleury, 2001.

Como podemos perceber, há arenas específicas para cada tipo de decisão, há atores que podem participar de algumas arenas, mas não de outras. Há canais de mediação de conflito e estabelecimento de consensos, e processos determinados que orientam a ação política dos atores na construção da política de saúde. Vale lembrar que, se o formato da estrutura decisória fosse outro, como o é em outros países, a forma de conduzir as decisões e o comportamento estratégico dos atores seriam diferentes.

Entretanto, o processo político que envolve a política de saúde não se prende aos limites do sistema de saúde e, portanto, não deve ficar restrito a uma visão da política como processo institucional – em geral identificado como governamental – no qual tem lugar a tomada de decisões racionais, baseadas em um forte conteúdo técnico. Desse modo, deixa-se de lado o processo político mais geral, que passa a ser visto como externo à instituição, no máximo, considera-se que os grupos de pressão da sociedade geram insumos para a tomada de decisões institucionais.

A separação entre o contexto político e o contexto institucional é fictícia e gera grande dificuldade para a compreensão das reais articulações entre Estado e sociedade. Da mesma maneira, podemos questionar a visão do processo decisório e de implementação de políticas como, fundamentalmente, processos técnico-burocráticos. Precisamos levar em conta que a prática de construção cotidiana da política de saúde envolve muito mais do que os embates políticos que se expressam em suas arenas oficiais. Vamos aprofundar um pouco mais esse aspecto.

### A assimilação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais

Se olharmos para além dos limites das arenas institucionais, perceberemos que a política de saúde se depara constantemente com uma intensa e múltipla dinâmica de relações de poder, na qual diferentes atores sociais são constituídos, interpelam-se, enfrentam-se e, em um processo constante, redefinem suas identidades e estratégias, em processos constantes:

Qualquer que seja a categoria de análise utilizada, deve ficar claro que a política de saúde consiste no resultado de diferentes projetos que, por sua vez, *emergem de diferentes atores sociais, grupos, classes ou frações de classe*. Cada projeto ou proposta de política de saúde não representa em nenhuma situação concreta algo terminado, mas sujeito à luta política, mesmo quando tem origem na classe dominante. É, de forma definitiva, o resultado de projetos em conflito e de forças que os representam em um dado momento. (Eibenschutz, 1992: 55-56 – grifo nosso)

A ênfase está nas relações que, historicamente, estabelecem-se entre os diferentes atores sociais na disputa pela redefinição das relações de poder, com consequência na distribuição dos recursos produzidos em uma sociedade. Por um lado, o Estado, representado pelos agentes e instituições governamentais, é tomado como um ator privilegiado, mas, por outro, também como uma arena em que se enfrentam os interesses constituídos e organizados.

Nesse caso, na construção da política de saúde, depara-se com algo que é maior do que propostas setoriais de ganho econômico ou político imediato, com algo que transcende particularidades por representar projetos de classe definidos e estruturados, abrangendo questões mais amplas como modelos políticos, econômicos e de organização social. Aqui, ao elaborar uma política de saúde, deve-se ter em conta que seu formato interage com macroprocessos sociais, que irão delimitar o campo de expansão dessa política, normalmente reforçando-a ou restringindo-a. Contudo, ao definir uma política de saúde, estamos definindo um padrão civilizatório e um modelo de sociedade que desejamos construir.

Tomemos como exemplo o caso das políticas e sistemas de saúde fundamentados no direito universal de acesso aos cidadãos. Esse formato de política se insere em um projeto solidário de nação, para o qual o direito à saúde é um direito de cidadania. A efetividade da ação de uma política de saúde dessa natureza será maior ou menor dependendo do projeto social que prevalecer na relação geral de forças sociais. Assim, uma coalizão política nacional que favoreça a noção da saúde como um bem que deva ser oferecido pelo mercado e apropriado individualmente não oferece um ambiente fértil para a expansão da política universal. Coalizões desse tipo irão restringir os recursos governamentais para o financiamento dos gastos públicos em saúde e irão tentar reduzir os serviços oferecidos pelo Estado a um mínimo possível, bem como tentar restringir o acesso a esses serviços a uma determinada parcela da população.

Deve-se estar sempre atento ao fato de que o campo das políticas de saúde é atravessado pelas lutas e enfrentamentos de diferentes forças sociais, no processo de constituição, manutenção e contestação dos projetos de direção hegemônica de cada sociedade. Trata-se da busca de atribuição de significados, conteúdos, valores e orientações normativas que definem o âmbito do campo social, assim como as possibilidades e os limites das estratégias de diferentes atores. Concepções sobre a vida, o bem-estar, a saúde, a cidadania, a cultura, a educação e os bens públicos, em geral, são constantemente redefinidos e ganham novos significados a partir de sua articulação aos diferentes projetos de poder.

Esse processo de luta ideológica – que não exclui o conteúdo técnico envolvido nessas disputas – é também um processo de constituição de sujeitos sociais. Da mesma maneira que se afirma que não há cidadãos antes do exercício da cidadania, também não existem sujeitos prévios ao enfrentamento de seus projetos, o que quer dizer que os sujeitos sociais se constituem na relação que estabelecem nas disputas pelo poder.

Esses projetos antagônicos se enfrentam em diversas situações ideológicas. Por exemplo, no Brasil, podemos observar que há um consenso nacional em relação à necessidade de existir um sistema de atenção à saúde. No entanto, se aprofundarmos o debate, aparecerão muitos pontos de conflito. Devemos dar prioridade à prevenção e promoção da saúde ou às práticas curativas? O sistema de saúde deve ser público, privado ou um misto de organizações públicas e privadas. Neste último caso, qual o papel do Estado e qual o papel das instituições privadas lucrativas? Ou ainda, se for um sistema público, ele deve ser centralizado ou descentralizado?

Obviamente, essas opções não são uma simples questão de escolha, como se o resultado fosse o mesmo em cada uma delas, mas representam pontos de conflito entre projetos diferentes de política de saúde que expressam interesses políticos e econômicos de vários grupos sociais. Esses projetos representam diferentes formas de concepção do direito à saúde e, frequentemente, preconizam diferentes formas de acesso e utilização dos serviços de saúde.

Nos projetos que representam interesses econômicos de grupos que compõem o setor produtivo da saúde, como de equipamentos, tecnologia, seguros privados e clínicas especializadas, a função do Estado normalmente aparece, na maioria das vezes, somente na provisão de serviços de atenção básica e preventiva, e os serviços de média a alta complexidade (diagnóstico especializado, procedimentos cirúrgicos, tratamento especializado de tecnologia etc.) ficariam a cargo do mercado, em que o acesso é regulado pelo poder econômico individual e a oferta pela flutuação de lucros. Nesse projeto, a socialização dos custos dos serviços de elevada complexidade tecnológica requer dispêndios elevados do Estado, sobrecarregando suas finanças.

Movimentos sociais que lutam pelo direito à saúde afirmam que esse é um valor social inerente à condição de cidadania e, portanto, um elemento fundamental na constituição de bases de desenvolvimento socioeconômico e coesão social.

Entretanto, esse processo de lutas, conflitos e contraposição de projetos se desenvolve não apenas no Estado, mas no espaço legítimo de exercício do poder político, e a política de saúde, como resultado da constante confrontação desses diversos projetos, expressão do exercício que se realiza por meio de instituições e estratégias organizacionais. Portanto, as disputas entre projetos de política de saúde não ocorrem em um vácuo, mas se desenvolvem a partir de arranjos institucionais e relações que estabelecem previamente a posição dos atores na distribuição de poder e orientam a ação dos grupos.

As ações e estratégias que emergem da dinâmica de contraposição dos projetos alteram o espaço de política de saúde tanto podem reforçar quanto buscar a transformação desses arranjos institucionais, de acordo com a coalizão de forças de cada momento. Assim, a política de saúde possui uma ação institucionalizante que transcende seu caráter de espaço de lutas e a coloca como motor de construção do tecido social. Isso quer dizer que é extremamente importante, na construção da política de saúde, compreender a dinâmica das instituições maiores que a sustentam, como as normas legais que regulam direitos (leis, decretos etc.), a estrutura organizacional geral do sistema de saúde, o formato da relação entre os níveis da federação, dentre outras.

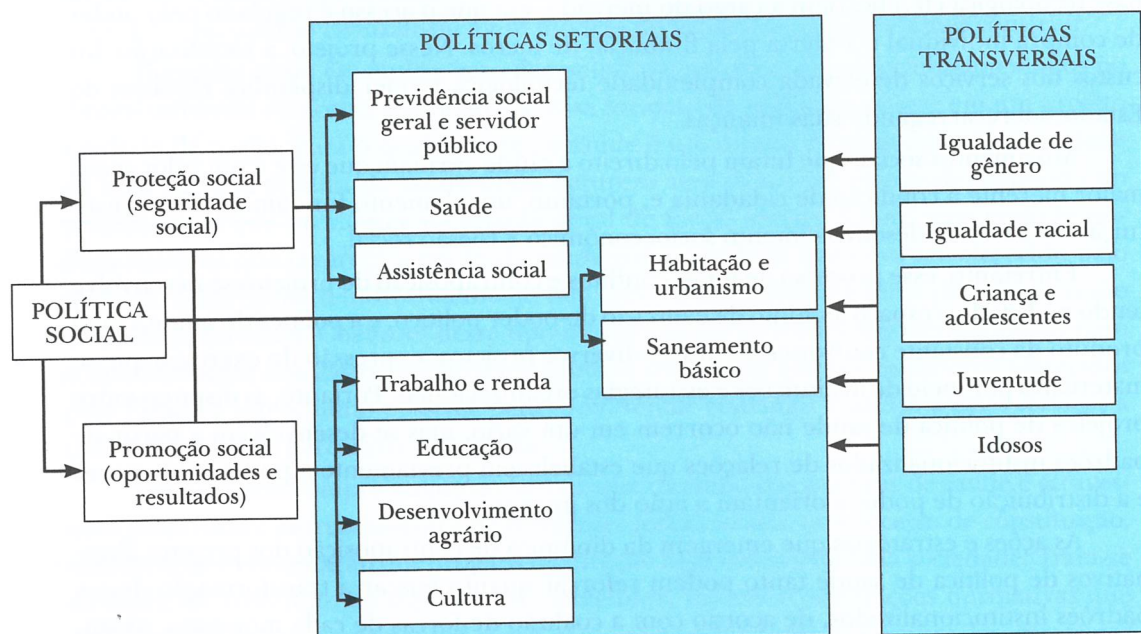
## O desenvolvimento, a reprodução e a transformação de marcos institucionais

Essas instituições maiores são chamadas de marcos institucionais ou reguladores da política de saúde porque tanto representam os sustentáculos para as ações e os programas quanto regulam ou delimitam a ação dos atores.

Esse processo é de extrema importância porque fixa os futuros referenciais para a organização da política de saúde, assim como para a ação dos atores e para a disposição da estrutura de provisão de bens e serviços. Por exemplo, a Lei Orgânica da Saúde, norma que dispõe sobre a organização do SUS, ao mesmo tempo em que habilita o ministro da Saúde a exercer poder sobre empresas, limita sua ação caso ele deseje restringir o acesso à saúde a alguns grupos populacionais, uma vez que o direito à saúde no Brasil é universal.

Assim, estratégias, planos e programas são construídos a partir do desenvolvimento, da reprodução e da transformação de marcos reguladores que representam sustentáculos compostos por referenciais valorativos, políticos, organizacionais, econômicos, entre outros. Esses referenciais, por sua vez, permeiam e sustentam a política de saúde e a interligam ativamente ao sistema de proteção social como um todo (Figura 1).

Figura 1 – Políticas setoriais e transversais que compõem a política social brasileira – 2010



Fonte: Ipea, 2010.

Na Figura 1, as políticas sociais brasileiras são classificadas em dois conjuntos articulados. O primeiro tem como objetivo proteger o cidadão contra riscos socioeconômicos que podem colocá-lo em condições vulneráveis e abrange as políticas de previdência, saúde e assistência social. Essas são as políticas clássicas de proteção social e estão inscritas na Constituição Federal de 1988 no capítulo da Seguridade Social. O seguro desemprego também é considerado uma política de proteção social.

O segundo conjunto compreende as políticas de promoção social, como as de trabalho, educação, desenvolvimento agrário e cultura, entre outras, que são aquelas voltadas para a geração de oportunidades de desenvolvimento do cidadão ao longo de sua trajetória social e profissional.

As políticas de proteção e promoção social são consideradas políticas setoriais por serem ações organizadas por áreas específicas. Além dessas, algumas políticas têm sido elaboradas levando em consideração as necessidades e objetivos de grupos populacionais específicos, tais como os idosos, as crianças e a população negra. Por abrangerem diversos tipos de políticas, tanto de proteção quanto de promoção social, são chamadas de políticas transversais.

Mais recentemente, tem adquirido cada vez mais espaço e legitimidade a tendência de organização das políticas sociais tendo como eixo a dinâmica socioeconômica, política e cultural de uma dada população em seu território. Nessa nova perspectiva, a política social passa a partir de uma configuração em rede, superando tanto as classificações formais (tais como políticas de proteção e promoção) como também as delimitações político-administrativas (municipal, estadual e federal), o que pode ser verificado nos processos de regionalização.

Outra questão importante definida pelos marcos institucionais é o caráter público ou privado da política. No atual marco institucional brasileiro, a provisão de ações e serviços de saúde é organizada em bases públicas, e a iniciativa privada atua de forma complementar, sob os marcos institucionais (leis, processos decisórios, critérios de acesso, formas de distribuição e utilização de recursos, composição de atores etc.) muito diferentes de um sistema de base de mercado, implicando distintas distribuições de oportunidades e restrições. Em um sistema de mercado, como nos Estados Unidos, o acesso depende exclusivamente do poder aquisitivo das pessoas, uma vez que a saúde não é considerada como um direito de cidadania.

Nessa linha, Belmartino (1992) nos apresenta a proposta de conceituação da política de saúde como um campo de forças no qual atores estabelecem processos políticos que tanto são influenciados e direcionados por marcos institucionais quanto provocam o desenvolvimento de instituições e a sua transformação:

Propomos analisar a política de saúde com uma estrutura de delimitação de atores. Essa abordagem supõe pensar as relações de poder que se estabelecem no interior do campo como produto da interação entre agentes dotados de interesses e capacidades específicas (médicos, funcionários, sindicalistas, profissionais de saúde, empresas). Cada um desses agentes atua em uma rede de alianças, conflitos, pressões, negociações e debates *que se desenvolvem em um marco legal e institucional tomado lógico e analiticamente como prévio à sua interação, e ao mesmo tempo como ordenador da mesma, mas não como algo imutável*. As leis que ordenam o campo de conflito são o resultado de lutas anteriores e podem ser modificadas a partir de uma transformação na atual relação de forças. (Belmartino, 1992: 146 – grifo nosso)

Os interesses dos grupos sociais devem ser incluídos na arena da política pública, na medida em que o Estado tem um papel fundamental na formulação das políticas e na garantia dos direitos, como no papel de provedor, regulador e financiador dos serviços. Nesse sentido, a arena central das disputas no campo das políticas sociais é o próprio governo, bem como o conjunto de órgãos e corpos profissionais envolvidos no campo social. Isso nos leva a pensar que realizar transformações na política de saúde exige fortes movimentos de mobilização e articulação política em diversas arenas e com vários atores, inclusive com aqueles não diretamente ligados à política de saúde.

Certamente, a representação parlamentar é fundamental no processo de traduzir os interesses dos diferentes grupos da sociedade em leis e projetos que regulamentam a ação no campo social. Consequentemente, o poder judiciário passa a ser parte importante ao garantir o exercício dos direitos sociais. No entanto, o ponto de convergência dos interesses continua sendo o aparato governamental executivo, por meio do qual se formulam e implementam as políticas, se executam e se avaliam os programas.

É por intermédio do processo decisório de formulação e desenho das políticas sociais e dos mecanismos gerados para sua implementação, combinados aos recursos a elas destinados, que os interesses sociais se materializam em práticas concretas de regulação, provisão, financiamento, organização e avaliação, criando as condições reais de inclusão e exclusão.

Contudo, o próprio aparato estatal é a concretização, em cada etapa histórica, dessa correlação de forças que se apresenta no campo social. Em outros termos, as demandas sociais que se transformam nas políticas públicas são institucionalizadas e dão forma e organicidade ao aparato estatal à medida que se materializam em instituições, leis, práticas e procedimentos. Atuam, em cada momento, como mecanismos que possibilitam tanto a aprendizagem com relação aos processos quando a seletividade e hierarquização das demandas. Mais ainda, são fatores que não podem ser desconsiderados nos processos de reforma social, porque determinam as suas reais possibilidades e viabilidades. Uma proposta de reforma do setor saúde tem de levar em consideração não apenas nossos desejos, mas as reais condições materiais existentes, tais como a rede de serviços, os equipamentos, os recursos humanos, dentre outros fatores.

Portanto, a materialização das políticas de saúde por meio de instituições e organizações concretas é também um fator que deve ser levado em conta na análise da determinação das políticas de saúde. Sua tradução em estruturas organizacionais, culturas institucionais, capacidades humanas e técnicas instaladas, recursos financeiros disponíveis, dentre outros, é também responsável pela configuração do campo social e das políticas sociais.

Finalmente, é necessário entender que, para além dos processos políticos e institucionais da arena da saúde, há questões maiores que estão relacionadas intrinsecamente a qualquer política, seja ela social ou econômica, ambiental. Será que uma política de saúde interfere apenas em questões de saúde (organização, gestão, relações institucionais e políticas)? Ou há outros impactos sociais mais amplos não perceptíveis à primeira vista?

A implantação de uma determinada política de saúde envolve a difusão de informações sobre a natureza biológica das pessoas, de valores que vão guiar as relações sociais, de comportamentos e hábitos culturais, de referenciais de organização política, dentre outros elementos. Essas mensagens que estão implícitas ou explícitas nas políticas de saúde são referenciais que têm um forte poder sobre a ação das pessoas na construção de suas relações sociais na família, no emprego, nos espaços coletivos, além de influenciar a forma como as pessoas se percebem. Vejamos outras informações sobre esses aspectos para finalizar o capítulo.

### **A formação de referenciais éticos e valorativos da vida social**

Os processos de construção e reconstrução institucional, na medida em que são motivados por concepções valorativas sobre a relação do indivíduo com a sociedade, imprimem à política de saúde um impulso de 'ressignificação' das relações sociais. Isso

que as práticas de uma política de saúde, ao serem fundamentadas em concepções operativas, somente se afirmam como tal legitimando seus valores junto aos indivíduos, impulsinando a redefinição de suas relações sociais e, conseqüentemente, dos padrões sociais e culturais vigentes.

Logo, quando estivermos construindo ou analisando uma determinada política de saúde, é essencial termos em mente que ela impulsiona um processo de apropriação, redefinição e produção de significados sociais, na medida em que ela tanto assimila, emprega e redefine significados sociais quanto gera novos conceitos e formas de percepção socioculturais que produzem impactos reais na estrutura social. Essa ação dinâmica e multidirecionada da política de saúde pode ser observada em diversos aspectos da vida social:

- na construção e difusão de valores cívicos – quando uma política de saúde desenvolve, como no caso do Brasil, referenciais de fortalecimento da esfera pública mediante a valorização de uma cidadania universal, da ampliação da consciência de direitos sociais, de relações sociais de solidariedade, da relevância da ação política etc.;
- na definição de referenciais culturais que afetam o padrão das relações sociais básicas – quando uma política de saúde muda a fronteira entre o normal e o patológico, como verificado em áreas como a psiquiatria; quando busca valorizar determinados padrões de expressão da sexualidade, influenciando as relações de gênero; quando afirma e valoriza determinadas diferenças étnicas em políticas setoriais, transformando relações inter-raciais, por exemplo. Este caso pode ser constatado na recente estratégia de políticas direcionadas à população negra no Brasil, nas quais se afirma o imperativo de estratégias específicas porque há necessidades especiais. A ação da política de saúde nesse sentido difunde noções que transformam a maneira de percepção mútua inter-racial. Podem ser afetadas também outras relações sociais como as intrafamiliares, de comportamento no trabalho etc.;
- no estabelecimento da fronteira que delimita o espaço público e o privado – uma vez que o conceito de saúde é amplo e, como direito de cidadania, requer a ação do Estado em sua garantia, quais são os limites de intervenção do Estado para assegurar parâmetros mínimos de saúde em domínios particulares como família, empresas, grupos religiosos? A política de saúde interfere, aqui, na determinação de espaços jurídicos e políticos que confrontam ideais de liberdade;
- na produção e divulgação de informações científicas básicas sobre saúde – dado o caráter de legitimidade que as informações científicas assumem em nosso tempo, a divulgação oficial de informação sobre a natureza biológica – física e mental – do ser humano assume *status* de verdade incontestável e fixa noções sobre os potenciais e as limitações deste. Na vida cotidiana, isso pode interferir em relações de trabalho, em práticas médicas profissionais, em relacionamentos afetivos e familiares;
- na construção de ideais estéticos – quando uma política de saúde valoriza e incentiva determinados estilos de vida como saudáveis. Ao fixar um ideal a ser alcançado, produz impacto tanto sobre critérios de inclusão e exclusão relacional quanto sobre o processo de construção de padrões de consumo. Assim, tomamos conhecimento de casos de pessoas que têm problemas de se integrar por não apresentarem um padrão



estético valorizado, ao mesmo tempo que verificamos o montante de renda que se gasta com o consumo de medicamentos, cosméticos e procedimentos cirúrgicos em busca do corpo ‘ideal’;

- na fixação de critérios valorativos de distribuição de recursos financeiros coletivos – os gastos com saúde – públicos ou individuais – estão em função dos parâmetros da importância dessa para uma dada sociedade, tanto o volume do gasto como sua composição. Assim, valores sociais são empregados e reforçados sempre que houver necessidade de se optar por investir em uma política setorial em detrimento de outra. Como exemplo, podemos olhar os dilemas da política de DST/Aids no Brasil, em que, devido ao elevado custo dos medicamentos retrovirais, alguns setores da sociedade questionam sua continuidade, afirmando que não é justo socializar os custos de um problema social que decorre de comportamentos individuais de risco, e que se os recursos fossem empregados em outras políticas setoriais, poderiam salvar uma quantidade maior de vidas. Obviamente, uma decisão de prioridades na política de saúde não se fundamenta somente em critérios de custo/efetividade, sendo muito mais ampla e complexa;
- na valorização de ideais de organização social e política – as formas de organização do processo decisório da política de saúde, bem como seus critérios de acesso aos bens e serviços correspondentes, fundamentados em uma dada concepção de cidadania, são difusores de uma cultura que fomenta ideais de organização política de um país. Isso porque o formato da política de saúde indica, no primeiro aspecto, uma relação entre Estado e sociedade e, no segundo, uma relação do indivíduo com a comunidade política em que está inserido. Este processo pode ser percebido de forma mais clara quando analisamos as bases da política de saúde no SUS.

A afirmação do acesso universal à saúde e da gestão descentralizada nos três níveis de governo, permeada pela participação deliberativa da sociedade civil em conferências e conselhos de Saúde, não traduz apenas uma busca por um sistema eficiente e efetivo, mas fundamentalmente a construção de uma sociedade em que a igualdade e a solidariedade são valores fundamentais. Essa questão está muito evidente quando olhamos para os valores e propostas políticas que orientaram o movimento sanitário, principal ator político no processo de formação do SUS:

O projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram, fundamentalmente: a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática. Ao traduzir a noção de equidade como o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo qualquer tipo de discriminação positiva ou negativa, a Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva. (Fleury, 1997: 33)

Essa percepção do poder ideológico das políticas governamentais nos remete a duas questões que estão no centro das discussões sobre as relações entre o Estado e a sociedade. A primeira é composta pelo debate da natureza ética da ação estatal e dos gestores públicos. Acima dos objetivos da política e dos projetos de sociedade, estão os referenciais éticos que necessariamente devem orientar as decisões, as relações com os atores sociais, o processo político, a distribuição e a alocação de investimentos, a definição de prioridades, e todas as

ais ações que envolvem a presença do Estado. A segunda questão consiste na ideia de as políticas públicas, vistas como ação coletiva movida pelo interesse público, devem seradoras de um ideal e um projeto civilizatório, no sentido de que elas não são motivadasias pela necessidade de resolver problemas sociais, mas fundamentalmente pela vontadeonstruir uma nação. Obviamente, as duas questões estão relacionadas, pois um projetoatatório não pode prescindir do zelo pela ética.

## INCLUSÃO

Ao final deste capítulo, queremos enfatizar que a compreensão das políticas e dos siste-de proteção social, em especial na área da saúde, abrange, como vimos, tanto o debateco fortemente sustentado em categorias das ciências sociais (sociologia, ciência política,omia, história etc.) como a ação concreta de atores, grupos sociais e organizações na trução de relações, processos e instituições. O mais importante é que essas duas ativida-estejam fortemente inter-relacionadas, ou seja, somente é possível buscar a consolidação m *status* de cidadania e de garantia de direitos sociais em um país na medida em que nhece com profundidade o processo histórico de sua formação. Isso possibilita tanto r o que se pretende fazer quanto como fazê-lo. Isso porque os sistemas de proteção social linâmicos e interagem com as transformações sociais, econômicas, políticas, culturais, ográficas, dentre outras, exigindo constantes processos de mobilização e reestruturação . consolidar seu papel na reprodução social e na garantia do bem-estar das populações.

### Para refletir

colha uma política setorial de saúde (saúde do trabalhador, da mulher, da população gra, DST/Aids etc.) e discuta suas características a partir de cada um dos sete aspectos da nâmica de gestão apresentados na segunda parte do texto. Assim, descubra os objetivos da lítica escolhida, as estratégias, os planos e os instrumentos empregados em sua elaboração mplementação, que efeitos econômicos e políticos desempenham, quais são as arenas, processos, os canais e as rotinas de decisão da política, e assim sucessivamente. Consulte o texto para aprofundar o entendimento de cada aspecto discutido da política de saúde.

## LEITURAS RECOMENDADAS

- DIX, R. *Estado Nacional y Ciudadanía*. Buenos Aires: Amorrortu, 1964.
- URY, S. *Estados sem Cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- URY, S. *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- ISHALL, T. H. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.
- ANYI, K. *A Grande Transformação*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

## S DE INTERESSE

- ro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes): [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)
- toria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea): [www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=278](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=278)

Fundação Anfp de Estudos da Seguridade Social: [www.fundacaoanfp.org.br](http://www.fundacaoanfp.org.br)

Organização Iberoamericana de Seguridade Social (OISS): [www.oiss.org](http://www.oiss.org)

Divisão de Desenvolvimento Social da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal): [www.cepal.org/ddds](http://www.cepal.org/ddds)

Setor de Proteção Social da Organização Internacional do Trabalho (OIT): [www.ilo.org/protection/about-us/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/protection/about-us/lang--en/index.htm)

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) – social and welfare issues: [www.oecd.org/social](http://www.oecd.org/social)

## REFERÊNCIAS

- BELMARTINO, S. Políticas de salud: ¿formulación de una teoría o construcción de un problema por investigar? In: FLEURY, S. (Org.) *Estado y Políticas Sociales en América Latina*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992.
- BENDIX R. *Estado Nacional y Ciudadanía*. Buenos Aires: Amorrortu, 1964.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8080.htm)>. Acesso em: 19 jan. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Políticas de Saúde: metodologia de formulação*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/Aids - 2004/2007*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.125/2005. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>>. Acesso em: 18 jan. 2007.
- CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- EIBENSCHUTZ, C. Estado y política sanitaria: aproximación teórico-metodológica. In: FLEURY, S. (Org.) *Estado y Políticas Sociales en América Latina*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992.
- FLEURY, S. *Estados sem Cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- FLEURY, S. Dual, universal or plural? Health care models and issues in Latin America: Chile, Brazil and Colombia. In: MOLINA, C. & DEL ARCO, J. (Eds.) *Health Services in Latin America and Asia*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank, 2001.
- FLEURY, S. Saúde e democracia no Brasil: valor público e capital institucional no Sistema Único de Saúde. XI CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7-10 de noviembre de 2006, Ciudad de Guatemala. *Anais...* Ciudad de Guatemala, 2006.
- FLORA, P. & HEIDENHEIMER, A. J. (Eds.) *The Development of Welfare States in Europe and America*. New Brunswick, Londres: Transaction Books, 1981.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro*. Brasília: Ipea, 2010. (Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro, v. 1)
- MARSHALL, T. H. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.
- MEDICI, A. *Financiamento Público e Privado em Saúde na América Latina e Caribe: uma breve análise dos anos noventa*. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Nota Técnica de Saúde, 3, jul. 2005.

- M, J. S. & TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, 40 (n. esp.): 73-78, 2006.
- MITOS, W. G. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Editorial Campus, 1979.
- TOQUEVILLE, A. *Democracy in America*. Nova York: Vintage Books, 1945.
- BER, M. *Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Brasília: EdUnb, 1991.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Division of Health Promotion, Education and Communication*. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Table of Key Indicators for all the Member States*. Disponível em: <[http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT\\_2\\_WHS](http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_2_WHS)>. Acesso em: 5 out. 2011.