

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**ESTADO, SOCIEDADE E DESCENTRALIZAÇÃO DA
POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MÉXICO (1982-2000) E
NO BRASIL (1985-1998): CONSTRUINDO UM NOVO
DOMÍNIO PÚBLICO EM CONTEXTOS DE DUPLA
TRANSIÇÃO POLÍTICA
(versão com correções)**

Fabiana da Cunha Saddi

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Brasílio Sallum Júnior

**São Paulo
2004**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**ESTADO, SOCIEDADE E DESCENTRALIZAÇÃO DA
POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MÉXICO (1982-2000) E
NO BRASIL (1985-1998): CONSTRUINDO UM NOVO
DOMÍNIO PÚBLICO EM CONTEXTOS DE DUPLA
TRANSIÇÃO POLÍTICA**

Fabiana da Cunha Saddi

**São Paulo
2004**

“Podemos ensaiar a organização de nossa desordem segundo esquemas sábios e de virtude provada, mas há de restar um mundo de essências mais íntimas que, esse, permanecerá sempre intacto, irreduzível e desdenhoso das invenções humanas. Querer ignorar esse mundo será renunciar ao nosso próprio ritmo espontâneo, à lei do fluxo e refluxo, por um compasso mecânico e uma harmonia falsa. Já temos visto que o Estado, criatura espiritual, opõe-se à ordem natural e a transcende. (...) As formas superiores da sociedade devem ser como um contorno congênito a ela e dela inseparável: emergem continuamente das suas necessidades específicas e jamais das escolhas caprichosas”.

*(Sérgio Buarque de Holanda, **Raízes do Brasil**)*

“A exaltação e a glorificação de México-Tenochtitlán transforma o Museu de Antropologia num templo. O culto que se propaga entre seus muros é o mesmo que inspira os livros escolares da história nacional e os discursos dos nossos dirigentes: a pirâmide em degraus e a plataforma do sacrifício. (...) Se a política é uma dimensão da história, a crítica da história é também crítica política e moral. Ao México do Zócalo, de Tlatelolco e do Museu de Antropologia temos de opor não outra imagem: todas imagens padecem de tendência fatal à petrificação, mas sim a crítica: o ácido que dissolve as imagens. (...) A crítica é a aprendizagem da imaginação na sua segunda volta, a imaginação curada da fantasia e decidida a enfrentar a realidade do mundo”.

*(Octavio Paz, **O Labirinto da Solidão e Post Scriptum**)*

Dedicatória

Para meus pais, Farhat e Vânia, minha avó Elzamira, e minhas irmãs, Luciana, Adriana, Tatiana e Cristiana: expressões do amor de Deus por mim.

Agradecimentos:

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de doutoramento e apoio à viagem de campo ao México, junto com o *Consejo Nacional de Ciencia e Tecnología* (CONACyT).

A Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade de São Paulo, pelo auxílio para apresentação de trabalho no Congresso da Sociedade de Estudos Latino-Americanos (SLAS).

A Brasílio Sallum Junior, meu orientador, incentivador e responsável direto pela minha inserção no estudo comparativo, cujos ensinamentos e sugestões foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho final.

A Carlos Alba, do Centro de Estudos Internacionais do Colégio do México, pelo auxílio concedido a pesquisa de campo no México.

A Amélia Cohn e Ana Luiza D'Ávila Viana da FM/USP, pelos comentários efetuados na ocasião do Exame de Qualificação.

A Guillermo Soberón Acevedo e Gustavo Nigenda da FUNSALUD, a Oliva López-Arellano e Gustavo Leal da UAM Xochimilco, a Asa Cristina Laurell da Secretaria de Saúde do DF, aos pesquisadores Enrique Cabrero, Raquel Abrantes, Sofia Arjonilla, Odilia Ulloa, Juan Molina, aos assessores Lucila Olvera, Alberto Maldonado, e a Ricardo Perez e Luis Duran do IMSS, pelas entrevistas realizadas, todas essenciais para a compreensão da reforma mexicana. A Deputada Beatriz Paredes Rangel, pela entrevista realizada com a intermediação da Embaixada do Brasil no México. A Victor Soria, pela bibliografia e atenção concedida em 2001 no México.

A Emerson Elias Merhy, Paulo Eduardo M Elias, Carmem Lavras, José Carlos da Silva, Gilson Carvalho, Sarah Escorel, Roseni Pinheiro, Luiza Heimann, Carlos Mosconi, Áquilas Mendes e Rosana Onoko, pelas entrevistas, conversas, indicações bibliográficas, envio de textos, apoio e aprendizado sobre a mobilização social e política na Saúde no Brasil. A Nelson Rodrigues dos Santos, pelo envio do texto preparativo para a XII Conferência Nacional de Saúde.

A Marcos Moraes pelo contato com pessoas que trabalharam com seu pai, na Secretaria Municipal de Campinas.

A Basilia Aguirre e Leda Paulani pelo incentivo a minha pesquisa de doutoramento nestes anos de Fipe. A Ronaldo Teixeira e Jorge Alejandro pela transcrição de parte das entrevistas e sobretudo a Ronaldo pela ajuda na normatização da bibliografia.

A Letícia Calderón e Raquel Abrantes: hoje amigas, mas que um dia me acolherem na condição de estranha no México. A Raquel, pelas indicações, sugestões bibliográficas e conversas sobre as reformas. Aos amigos Adrian Gurza Lavalle, Vidal Llerenas e Ricardo Garroux que, de distintas formas e em diferentes lugares, deram grande contribuição nesta caminhada.

Ao Centro de Estudos Latino-Americanos da Universidade de Cambridge e, em particular a Julie Coimbra, pelo apoio na ocasião da pesquisa realizada na *University Library*. A Danilo Iglioni e Julie Coimbra, pela amizade durante a minha estadia em Cambridge.

Resumo

Esta pesquisa analisa o processo recente de reforma da política pública de saúde para a população não-assegurada, no México (1982-2000) e no Brasil (1985-1998), como um **processo de legitimação** política, em construção nas esferas políticas macro (nacional) e micro (estadual no México e municipal no Brasil), e em articulação com as esferas da sociedade civil e econômica. Enfocaremos as estratégias de descentralização, construídas em distintos contextos de dupla transição a fim de integrar a população não-assegurada na política. O problema da legitimação da nova política pública - legalizada e reivindicada como legítima pela autoridade macro, porém dificilmente reconhecida durante a decisão e implementação nas esferas políticas micro -, será relacionado à problemática da identidade, isto é: ao fato do “novo” ser construído não apenas por novos atores e instituições, mas também por atores e instituições ainda identificados com a “velha” concepção de público que se pretende substituir/reformar. Estabeleceremos conexões entre os processos políticos macro e micro, verificando as formas distintas como as legalidades reivindicadas pelo poder macro nacional, em cada fase da reforma e país, foram realizadas no nível micro sub-nacional. A análise demonstra que um padrão mais amplo de participação direta na decisão macro, como é o caso do Brasil, resulta em níveis mais altos de identificação (política, administrativa e social) na política micro. Níveis de identificação serão posicionados no contínuo obediência-rejeição e interpretados como coeficientes de legitimidade da política pública de saúde em construção em nos dois países.

Abstract

This research studies the recent processes of public health care reform directed at the uninsured population in Mexico (1982-2000) and Brazil (1985-1998). Reforms will be studied as a new process of political legitimacy, which is under construction at the macro (federal Government) and micro (state level in Mexico, and mainly the municipality level in Brazil) political spheres, implying different forms of articulation with the social and economic spheres. I will focus on the strategy of decentralisation, adopted in different sequences of double political transitions in order to integrate the non-insured part of the population in politics. The problem of political legitimacy will be understood as a matter of identification (values and interests); as reforms are not only constructed by “new” actors and institutions, but also by actors and institutions still identified with the “old” concept of the public. I will stress the relationships existent between the macro and micro processes, verifying if and in which terms the legalities constructed at the macro level, in each phase of the reform and country, were realized in the policy process in the micro political spheres. The analysis shows that a broader pattern of direct participation in policy-making decision, as happened in Brazil, generates higher levels of (political, administrative and social) identification. Levels of identification will be linked to positions in the obedience-rejection *continuum* and, thus, understood as coefficients of legitimacy in the process of constructing a new public policy in both countries.

PALAVRAS-CHAVE

Estado, reforma de saúde, descentralização, Brasil, México

KEY WORDS

State, health reform, decentralization, Brazil, Mexico

Sumário

ÍNDICE	10
ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS.....	15
INTRODUÇÃO	16
PARTE I – A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE COMO CONSTRUÇÃO POLÍTICA E SOCIAL: COMPARANDO MÉXICO E BRASIL.....	22
CAPÍTULO 1 – ESTADO, AUTORITARISMO E POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NA PERIFERIA DO CAPITALISMO: MÉXICO E BRASIL	23
CAPÍTULO 2 – CRISES ESTADO-CÊNTRICAS E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NA REDEFINIÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA: O PROCESSO INICIAL DA REFORMA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MÉXICO (1970-1983) E NO BRASIL (1974-85).	57
CAPÍTULO 3 – IDENTIFICAÇÃO E LEGITIMAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA REFORMA PÚBLICA DE SAÚDE: LITERATURA DE REFORMA DE SAÚDE E METODOLOGIA DA ANÁLISE.....	91
PARTE II - DECISÃO POLÍTICA E IDENTIFICAÇÃO NA REFORMA PÚBLICA DA SAÚDE NO MÉXICO: O CASO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE (1982-2000)	111
INTRODUÇÃO	111
CAPÍTULO 4 – REFORMA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E CRISE DE GOVERNABILIDADE POLÍTICA: A PRIMEIRA ETAPA DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO GOVERNO DE DE LA MADRID (1982 A 1988)	116
CAPÍTULO 5 – ROMPENDO COM A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: A REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E PATRIMONIALISTA DO GOVERNO DE CARLOS SALINAS (1988 A 1994)	132

CAPÍTULO 6 – CRISE POLÍTICA, ESTABILIZAÇÃO ECONÔMICA E RETOMADA DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO GOVERNO DE ZEDILLO (1994 A 2000)	143
PARTE III – DECISÃO POLÍTICA E IDENTIDADE NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: O PROCESSO DE LEGITIMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL (1985-1998)	164
INTRODUÇÃO	164
CAPÍTULO 7 - A CONSTRUÇÃO DA REFORMA PÚBLICA DE SAÚDE NO PRINCÍPIO DA REDEMOCRATIZAÇÃO: O PERÍODO DO GOVERNO SARNEY (DE 1985 A 1990).....	168
CAPÍTULO 8 - A CONSTRUÇÃO POLÍTICA DO SUS NO PRINCÍPIO DA REESTRUTURAÇÃO NEOLIBERAL: O PERÍODO DO GOVERNO COLLOR .	195
CAPITULO 9 - CONSTRUINDO O SUS EM TEMPOS DE INCERTEZA POLÍTICA E DE INSTABILIDADE ECONÔMICA: O GOVERNO DE ITAMAR FRANCO (DE 02/10/1992 A 01/01/1995).....	207
CAPÍTULO 10 - CONSTRUINDO O SUS EM TEMPOS DE DEMOCRACIA E DE ESTABILIDADE ECONÔMICA: O PRIMEIRO GOVERNO DE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO (DE 1995 A 1998)	222
CONCLUSÃO – LEGITIMIDADE E COMPROMETIMENTO POLÍTICO NA CONSTRUÇÃO DA REFORMA PÚBLICA DE SAÚDE NO MÉXICO E BRASIL: O CASO DA ESTRATÉGIA DE DESCENTRALIZAÇÃO PARA A POPULAÇÃO ABERTA	242
REFERÊNCIAS: ENTREVISTAS E BIBLIOGRAFIA	253

Índice

INTRODUÇÃO	16
PARTE I – A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE COMO CONSTRUÇÃO POLÍTICA E SOCIAL: COMPARANDO MÉXICO E BRASIL.....	22
CAPÍTULO 1 – ESTADO, AUTORITARISMO E POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NA PERIFERIA DO CAPITALISMO: MÉXICO E BRASIL	23
1. <i>Saúde Pública e Medicina curativa na democratização do acesso à saúde nos países desenvolvidos.....</i>	24
1.1. Saúde Pública e o princípio da construção da cidadania nas velhas democracias: a primeira longa etapa das reformas públicas de saúde.....	24
1.2. Reforma de saúde e consolidação da democracia social no século XX: Estado versus mercado nos Estados Unidos e Inglaterra	26
2. <i>Estado e medicina curativa na periferia do capitalismo: México e Brasil</i>	29
3. <i>Autoritarismo pós-revolucionário e política de saúde para a população aberta no México</i>	31
3.1. A construção de um sistema público-estatal dual de saúde no México.....	34
4. <i>Autoritarismo militar e política pública de saúde para a população aberta do Brasil.....</i>	42
4.1. A construção de um sistema público-estatal dual de saúde no Brasil	45
5. <i>Conclusão</i>	54
CAPÍTULO 2 – CRISES ESTADO-CÊNTRICAS E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NA REDEFINIÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA: O PROCESSO INICIAL DA REFORMA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MÉXICO (1970-1983) E NO BRASIL (1974-85).....	57
1. <i>Crisis políticas, autoritarismo pós-revolucionário e solidariedade na saúde: não-participação direta e baixa viabilidade política, México (1970-1982).....</i>	60
1.1. Os anos de Echeverría (1970 a 1976) – a origem política autoritário-conservadora dos programas solidários.	61
1.2. Os anos de Portillo (1976 a 1982): não-participação direta e inserção do conservadorismo político-econômico neoliberal na política	64
1.2.1. A gênese da inserção do conservadorismo neoliberal na política de saúde não-assegurada no México: novo grupo e velhos espaços.	66
O programa IMSS-Solidariedad	67
Consultoria junto aos futuros especialistas em economia da saúde	68
2. <i>Crise Estado-cêntrica no Brasil, programas comunitários e luta política pela democratização na saúde.....</i>	72
2.1. Os anos do governo Geisel – a consolidação do movimento sanitário e as políticas de saúde do governo	72
2.1.1. O movimento social na saúde	72
2.1.2. Os projetos de saúde do governo na gênese da liberalização política	75

2.2. Os anos de Figueiredo – anos de negociação política	79
3. <i>Conclusão: legitimações distintas do público no processo inicial das reformas de saúde.</i>	86

CAPÍTULO 3 – IDENTIFICAÇÃO E LEGITIMAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA REFORMA PÚBLICA DE SAÚDE: LITERATURA DE REFORMA DE SAÚDE E METODOLOGIA DA ANÁLISE 91

1. <i>A política e o estado da literatura sobre reformas públicas de saúde nos anos 90: a política como um problema de eficiência, de relacionamento ou de statecraft?</i>	91
1.1. Equipe de mudança e viabilidade política: a decisão como um problema do domínio econômico-institucional	94
1.2. Responsabilização (<i>accountability</i>) como relacionamento e contexto.....	95
1.3. Governabilidade como um problema de <i>statecraft</i>	96
2. <i>Métodos e conceitos da análise: notas teóricas e práticas sobre os vínculos entre processos políticos macro e micro</i>	97
2.1. A decisão na esfera política macro: reivindicando a mudança no domínio público-estatal em tempos e seqüências distintas de transição político-econômica	98
2.2. O processo da política pública na esfera micro: identificação com a decisão da política macro?	105
3. <i>Identificação e legitimidade na reforma do domínio público-estatal de saúde: na perspectiva micro-macro</i>	109

PARTE II - DECISÃO POLÍTICA E IDENTIFICAÇÃO NA REFORMA PÚBLICA DA SAÚDE NO MÉXICO: O CASO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE (1982-2000) 111

INTRODUÇÃO..... 111

1. <i>Questões e hipóteses: o padrão restrito de participação na decisão (PDD) e a estratégia de descentralização da política pública de saúde no México</i>	112
1.1. Sobre a decisão política de reformar o domínio público-estatal na Saúde	112
1.2. Sobre a identificação no processo político micro (decisão e implementação).....	113

CAPÍTULO 4 – REFORMA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E CRISE DE GOVERNABILIDADE POLÍTICA: A PRIMEIRA ETAPA DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO GOVERNO DE DE LA MADRID (1982 A 1988) 116

1. <i>A decisão não-participativa pela redefinição no domínio público-estatal na saúde: autoritarismo e neoconservadorismo</i>	117
1.1. Decisão autoritária e mudança no sub-setor público-estatal da SSA	121
1.2. A inserção legal de valores de mercado no público mexicano.....	122
2. <i>O processo de “descentralização” em 14 estados</i>	124
2.1 A não identificação da administração pública.....	124
2.2. A não identificação do político.....	125
2.3. Identificação social nula	127
2.4. Interrompendo a construção de domínio público não reconhecido.....	128
3. <i>Sucessão presidencial em tempo de crise</i>	129

CAPÍTULO 5 – ROMPENDO COM A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: A REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E PATRIMONIALISTA DO GOVERNO DE CARLOS SALINAS (1988 A 1994)..... 132

1. *Decidindo por Solidariedad Social: ruptura e nova redefinição do público* 133
 - 1.2. Solidariedad Social: a valorização do populismo e do patrimonialismo na política 135
 - 1.1. Rompendo com a estratégia de descentralização: reivindicando uma nova legitimidade do público 136
2. *Implementando uma regionalização político-patrimonialista* 137
 - 2.1. Evitando conflitos, mantendo a dualidade na assistência solidária do público 137
 - 2.2. Identificação social e participação limitada: ausência de controle e publicidade negativa..... 139
 - 2.3. Identificação política: personalismo e corrupção 140
3. *O retorno aprofundado da crise sócio-política e a sucessão presidencial* 141

CAPÍTULO 6 – CRISE POLÍTICA, ESTABILIZAÇÃO ECONÔMICA E RETOMADA DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO GOVERNO DE ZEDILLO (1994 A 2000)..... 143

1. *Crise impar em tempo de neoconservadorismo: o peso político do determinismo econômico na nova redefinição do público* 143
 - 1.1. Decidindo pela descentralização na saúde: autoritarismo priista e pressão global 147
 - 1.2. Evitando conflitos com os governadores e o IMSS: algum aprendizado 151
2. *Implementando um novo domínio público sem participação social*..... 152
 - 2.1. Identificação política e as contradições do federalismo mexicano: eficiência e autonomia política?..... 152
 - 2.2. Identificação administrativa e os dilemas da integração: qual modelo médico público? 156
 - 2.3. Identificação social e participação: prestação de contas e transparência?..... 157
3. *Uma nova aliança com a sociedade: autoritarismo priista e neoconservadorismo global* 158
4. *Considerações sobre a dinâmica sócio-política da reforma pública: vínculos entre os processos políticos macro e micro*..... 159

PARTE III – DECISÃO POLÍTICA E IDENTIDADE NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: O PROCESSO DE LEGITIMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL (1985-1998) 164

INTRODUÇÃO..... 164

1. *Questões e hipóteses: a construção da política pública de saúde no Brasil*..... 165
 - 1.1. Sobre a participação no processo decisório macro 165
 - 1.2. Sobre a identificação no processo político micro 167

CAPÍTULO 7 - A CONSTRUÇÃO DA REFORMA PÚBLICA DE SAÚDE NO PRINCÍPIO DA REDEMOCRATIZAÇÃO: O PERÍODO DO GOVERNO SARNEY (DE 1985 A 1990)..... 168

1. *Processo decisório participativo na redefinição da política pública de saúde*..... 170
 - 1.1. A VIII Conferência Nacional de Saúde como fórum participativo 171

1.1. Reações políticas à VIII Conferência: o cálculo da elite política e a oposição do setor privado	174
1.2. O processo decisório macro do SUDS	175
2. <i>Identificação com a política macro no processo do SUDS?</i>	179
2.1. O nível de identificação do político: baixa identificação estadual com identificação municipal	179
2.2. Constrangimentos administrativos: a permanência do modelo INAMPsiano.....	184
2.3. Participação social e percepção do público?	186
3. <i>A construção política do Sistema Único de Saúde na Assembléia Nacional Constituinte: representantes do setor privado e do movimento sanitário.</i>	189
4. <i>A crise econômica e seus efeitos na construção do SUS</i>	193

CAPÍTULO 8 - A CONSTRUÇÃO POLÍTICA DO SUS NO PRINCÍPIO DA REESTRUTURAÇÃO NEOLIBERAL: O PERÍODO DO GOVERNO COLLOR..... 195

1. <i>Processo decisório em tempos de liberalismo econômico e crise de governabilidade</i>	196
1.1. A construção política da Legislação Complementar: Executivo <i>versus</i> Congresso e movimento municipalista	197
1.2. O princípio da fase de regulamentação do SUS	199
1.2.1 A NOB-91: controlando a transferência de recursos do novo SUS	199
1.3. Conferência Nacional de Saúde em tempos de crise de governabilidade	201
2. <i>Processo político do SUS na esfera micro</i>	202
2.1. Identificação do político	202
2.2. Identificação da administração pública: qualidade precária e princípio da mudança no modelo médico	204
2.3. Identificação social	205
3. <i>Paradoxos de uma política em construção: legitimidade e política de saúde nos governos de Collor e de Salinas</i>	206

CAPÍTULO 9 - CONSTRUINDO O SUS EM TEMPOS DE INCERTEZA POLÍTICA E DE INSTABILIDADE ECONÔMICA: O GOVERNO DE ITAMAR FRANCO (DE 02/10/1992 A 01/01/1995) 207

1. <i>O processo decisório em tempos de crise de governabilidade</i>	208
1.1. A NOB-93 e a participação dos municipalistas.....	209
1.2. Crise de governabilidade e corrupção: a extinção do INAMPS	210
1.3. Instabilidade econômica e crise de financiamento na Saúde.....	214
1.4. O processo decisório no princípio da estabilização econômica: o bloqueio da NOB-94	217
2. <i>O processo político micro e o SUS: identificação com a política pública em tempo de crise de governabilidade</i>	218
2.1. Identificação do político: incremento da habilitação ao SUS.....	219
2.2. Identificação administrativa: herança hospitalar com crescimento dos programas de atenção básica	219
2.3. Identificação social: precária participação, e percepção difusa da sociedade sobre o SUS.....	221
3. <i>A construção da legitimidade do SUS no governo Itamar</i>	221

CAPÍTULO 10 - CONSTRUINDO O SUS EM TEMPOS DE DEMOCRACIA E DE ESTABILIDADE ECONÔMICA: O PRIMEIRO GOVERNO DE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO (DE 1995 A 1998)
..... 222

<i>1. Processo decisório em tempos de estabilização econômica: política econômica versus política de saúde</i>	224
1.1. O processo decisório na gestão de Adib Jatene: a predominância dos interesses democráticos da Saúde	224
1.2. O processo decisório nas gestões de Albuquerque e de José Serra: a predominância política da Economia.	228
<i>2. Implementando do SUS em tempo de estabilização econômica</i>	231
2.1. Crise de financiamento com Identificação política	231
2.2. Identificação na gestão da atenção à saúde? velhas e novas práticas de assistência médica.....	233
2.3. Identificação social: participação social limitada pela política local, opinião pública em fase inicial de mudança.....	234
<i>3. Legitimidade e construção do SUS: nos anos de Zedillo e Cardoso (1º governo)....</i>	237
Política e Saúde no segundo governo de Cardoso: notas comparativas sobre o processo de legitimação da Saúde	238
<i>4. Considerações sobre a dinâmica sócio-política da reforma brasileira: a perspectiva micro-macro.....</i>	240

CONCLUSÃO – LEGITIMIDADE E COMPROMETIMENTO POLÍTICO NA CONSTRUÇÃO DA REFORMA PÚBLICA DE SAÚDE NO MÉXICO E BRASIL: O CASO DA ESTRATÉGIA DE DESCENTRALIZAÇÃO PARA A POPULAÇÃO ABERTA 242

<i>1. Participação direta e identificação na construção de um novo domínio público na saúde</i>	242
<i>2. Legitimidade e comprometimento político com a saúde da população aberta: a perspectiva macro-micro</i>	245
<i>3. Brasil: caso paradigmático de reforma pública de saúde na América Latina.....</i>	250

REFERÊNCIAS: ENTREVISTAS E BIBLIOGRAFIA 253

<i>1. Entrevistas no México</i>	253
<i>2. Entrevistas no Brasil</i>	254
<i>3. Documentos oficiais</i>	255
<i>4. Livros e artigos</i>	256

Índice de Quadros e Tabelas

<i>Quadro 1.1 – Fases da Medicina Preventiva/Social nos países hegemônicos e sua vertente latino americana</i>	25
<i>Quadro 1.2. Relações estatais e instituições públicas de saúde no México</i>	35
<i>Tabela 1.1 - População integrada aos serviços de saúde (População coberta em milhões de habitantes) – México 1978</i>	36
<i>Tabela 1.2 – Unidades Médicas em serviço, segundo tipo e por instituição, 1971.</i>	38
<i>Tabela 1.3 - População com acesso a serviços de saúde em 1972, Brasil</i>	46
<i>Tabela 1.4 – Hospitais Públicos, Privados Lucrativos e Filantrópicos no Brasil, 1968</i>	49
<i>Tabela 1.5 - Prontos Socorros e Hospitais no Brasil, 1968</i>	49
<i>Quadro 2.1. Regularidades políticas do processo inicial de redefinição do significado de domínio público-estatal na política de saúde para a população aberta: México e Brasil</i> .	88
<i>Quadro 3.1. Tipos participativo e não-participativo de influência direta na decisão macro: segundo o critério “extensão da representação da participação direta na decisão macro” (PDD)</i>	100
<i>Quadro 3.2. O padrão mais amplo de participação direta na decisão macro na saúde: Brasil (de Sarney a Cardoso, 1998)</i>	102
<i>Quadro 3.3. O padrão mais restrito de participação na decisão na saúde: México (de De la Madrid a Zedillo)</i>	103
<i>Quadro 3.4 – Variáveis políticas de identificação com a decisão da política macro</i> ...	106
<i>Quadro 3.5 – Critérios para a definição dos níveis de identificação com a política macro</i>	108
<i>Quadro 4.1. O federalismo fiscal: descentralizar com eficiência econômica</i>	119
<i>Quadro 4.2 Lei Geral de Saúde de 1984: as bases da reforma</i>	122
<i>Quadro 6.1. Políticas de Segunda Geração: combater a pobreza e criar regras institucionais para o crescimento do mercado.</i>	147
<i>Quadro 7.1. Diretrizes do SUDS</i>	177
<i>Quadro 7.2 - A Saúde no orçamento da Seguridade Social: Constituição de 1988</i>	190
<i>Quadro 7.3 – O Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988 - resumo</i>	191
<i>Quadro 8.1. Diretrizes da reforma sanitária versus diretrizes do neoliberalismo econômico</i>	197
<i>Quadro 11.1- Identificação e legitimação: avaliação política e comparativa do processo da reforma pública de saúde para a população aberta no México e no Brasil</i>	243

Introdução

A democratização do acesso à atenção pública à saúde para a população aberta (ou não-assegurada) não apenas compreende um capítulo recente na História mexicana e brasileira, como também apresenta singularidades e semelhanças politicamente significativas entre os países. Dentre as singularidades, destaca-se o fato das reformas de saúde se encontrarem associadas a seqüências distintas de transição política (democratização e liberalização econômica)¹, em que coalizões políticas e profissionais com conhecimentos singulares na área da saúde - identificados ou com a economia da saúde ou com a Medicina Social - participaram diretamente dos processos de decisão política, na esfera política macro nacional (ou federal), dando origem a reformas de diferentes naturezas e escopos. No que se refere às semelhanças, os novos governos democráticos ou em transição à democracia, ao serem confrontados por situações de crises políticas, - acirradas sobretudo no fim e início de cada governo -, de forma unânime utilizaram a reforma da saúde para a população aberta (ou não-assegurada) e, mais especificamente a estratégia de descentralização, a fim de se re-legitimarem no poder. Entretanto, após praticamente duas décadas de reforma, as novas iniciativas de políticas públicas, revistas e regulamentadas nas distintas fases da reforma em cada país, ainda não foram implementadas, revelando-se incapazes de resolver problemáticas como: a desigualdade no acesso à atenção pública à saúde, e falta de eficiência-econômica e qualidade na oferta de serviços públicos de saúde para a população.

Este trabalho de doutoramento tem por **objetivo** estudar o processo recente de reforma da política pública de saúde para a população não-assegurada, no México (1982 a 2000) e no Brasil (1985 a 1998), como um processo de legitimação política, em construção nas esferas políticas (macro nacional e micro sub-nacionais) e articulado de forma distinta com a esfera social e econômica. Privilegiaremos a estratégia de descentralização da política pública, utilizada em ambos países para integrar a população não-assegurada ou aberta no pacto político

¹ A democratização, desde a etapa de distensão política até a de realização de eleições diretas dos representantes políticos, pode ter ocorrido antes ou depois do processo de liberalização econômica; isto é de influência direta dos preceitos da economia neoclássica, mais conhecida como neoliberalismo, sobre as diversas políticas públicas do país. O efeito político prático das distintas seqüências da dupla transição política vivida pelos países encontra-se no fato de que a lógica (ideologia, tipo de conhecimento, “espírito”) do processo posto em marcha inicialmente, tender a mostrar-se, na prática política, determinante em relação àquele iniciado posteriormente. Um dos argumentos deste trabalho é que, apesar do caráter politicamente dominante adquirido pela globalização econômica, estas associações variam no decorrer do tempo (de mudança), apresentando configurações distintas nos países.

estatal, por meio do incremento da democratização dos serviços público-estatais de saúde. Conceituamos a descentralização² como um processo de re-ordenamento do poder político e da sua relação com a sociedade. Trata-se, mais especificamente, da distribuição das responsabilidades de poder de gestão dos serviços de saúde entre as esferas macro (nacional ou federal) e micro (sub-nacional, estadual e/ou municipal), cujos ritmos e formatos dependem da atuação do político, dos administradores/funcionários públicos e dos usuários – no nível micro – em relação às diretrizes construídas no processo decisório macro. **No México**, esta descentralização do poder foi direcionada para os **estados**, enquanto **no Brasil** este processo seguiu **sobretudo** uma vertente **municipalista**.

Nossa análise será guiada por um **problema analítico central**: o processo político de descentralização da política pública da saúde para a população aberta será estudado como **um novo processo de legitimação** (no domínio público-estatal de saúde) - o qual requer não apenas uma **nova construção político-institucional** de bases de legalidade (leis constitucionais, regulamentações e programas), como também uma **nova construção social**, isto é: mudança nos valores e atitudes por parte daqueles que participam do processo da política pública de saúde nas duas sociedades, cujos domínios públicos não apenas foram construídos como domínio público-estatal³, como também têm sido organizados segundo uma lógica política de cunho patrimonialista. Este padrão de relacionamento Estado/Sociedade, como veremos, mantém-se (mesmo em distintas proporções) tanto em formas de governo autoritárias, como em períodos de transição de regime político e de democratização nos dois países (Malloy, 1985, 1986, 1999) (Schwartzman, 1982).

A relevância em se estudar o recente processo de reforma pública de saúde como um **problema de legitimação política** encontra-se no fato de México e Brasil – países

² Como reconhece a literatura de descentralização ou federalismo, as políticas de descentralização adotadas nas duas últimas décadas (como as de saúde), resultaram em formas distintas e incompletas de autonomia política e econômica na transferência de responsabilidades administrativas, de gestão de políticas e de competências fiscais (de arrecadação e de gasto) da esfera central para as esferas sub-nacionais de governo. A descentralização, portanto, é geralmente conceituada como um processo complexo que “implica um conjunto de vertentes que passa pelo econômico-regional, por processos de ajuste entre atores políticos, por sistemas de relações sociais locais” (Cabrero, 1998, p. 81). Sobre o conceito de federalismo fiscal, veja o Quadro 4.1, no Capítulo 4. Para diversas definições de descentralização veja Cabrero (1998), Rondinelli (1999), Shah (1999) e Ford (1999) na bibliografia. Sobre a contribuição da Ciência Política na análise do federalismo, veja Elazar (1987), Riker (1975), Weingast (1995) e Stepan (1997), na bibliografia.

³ Veja primeiro capítulo e, em particular o texto de Malloy, na bibliografia, em que compara o sistema público de saúde da América Latina com o dos Estados Unidos.

caracterizados pela extrema desigualdade social - terem realizado uma integração social ainda crítica de parcela significativa da população na política e, mais especificamente, no que diz respeito ao acesso aos serviços público-estatais de saúde para a população não-assegurada. Segundo dados da CEPAL (Tabela 1), enquanto os 40% mais pobres recebiam apenas 10,10% da renda total brasileira em 1999, os 10% mais ricos reuniram 47,1% naquele mesmo ano. No México, os 40% mais pobres ficaram com apenas 15,1% da renda total do país em 1998, enquanto os 10% mais ricos acumularam 36,7% naquele ano. Esta concentração da renda contribuiu, nos últimos anos⁴, para o incremento do número de pessoas dependentes de serviços público-estatais de saúde nos dois países.

Tabela 1 - Distribuição de Renda por Domicílios no México e no Brasil, 1990-1999 (em %)

País	Ano	Participação na renda total dos:			
		40% mais pobres	30% seguintes	20% anteriores ao 10% mais ricos	10% mais ricos
Brasil	1990	9,5	18,6	28,0	43,9
	1996	9,9	17,7	26,5	46,0
	1999	10,1	17,3	25,5	47,1
México	1989	15,8	22,5	25,1	36,6
	1994	15,3	22,9	26,1	35,6
	1998	15,1	22,7	25,6	36,7

CEPAL (2001), *Panorama Social de América Latina 2000-2001*. Santiago, p. 69

No México, dados da *Encuesta Nacional de Salud II* de 1994 revelam que 59,5% da população não possuía nenhum seguro de saúde (público ou privado), mostrando-se assim dependente do sub-sistema de saúde da Secretaria de Saúde (SSA) – dirigido para a população não assegurada. Esta condição atingia em média 77,8% da população nos estados de Hidalgo, Oaxaca, Guerrero e Chiapas. Fatores como baixo nível econômico, nível de renda inferior a cinco salários, usuários não idosos e habitantes da comunidade rural são os que mais caracterizam os usuários dos serviços da SSA.

No Brasil, por sua vez, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios ocorre numa época em que, segundo a publicação *Acesso e Utilização do Serviço de Saúde* (IBGE/Ministério da Saúde, 1998), 75% da população não tem nenhum acesso a

⁴ A concentração de renda aumentou acentuadamente nos dois países entre 1986 e 1989, devido aos choques/crises econômicas, associados ao conseqüente acréscimo da taxa de desemprego. Na década de 1990, este crescimento acentuado mostrou-se não uniforme, tendo estabilizado em alguns anos, mas ainda apresentando anos de pico de crescimento, como entre 1997-99 no Brasil e 1995 e 1996 no México. Estes picos se deram em decorrência das políticas de estabilização e de seus efeitos sobre o nível de emprego e distribuição da renda.

plano privado de saúde, logo dependem do SUS. Sendo que quase a metade desses 75% (isto é; 37,5% dos usuários do SUS) recebem até três salários mínimos por mês.

Do ponto de vista do conhecimento da literatura, a análise da reforma como um processo de legitimação política justifica-se pelo fato de ainda sabermos pouco sobre a forma como os atores políticos, que ocupam posições de poder nas distintas instituições estatais e países, têm participado diretamente dos processos (de decisão e implementação) da política pública de saúde, respondendo aos desafios vindos à tona na decisão e implementação. Sabemos menos ainda sobre os efeitos que as distintas interações políticas (entre o processo de decisão macro e de decisão e implementação micro da política) exercem sobre a dinâmica dos processos de políticas públicas com naturezas e escopos distintos, nos diferentes países e fases da reforma. Isto quer dizer que um dos grandes desafios para a investigação comparada relaciona-se à compreensão da dinâmica política macro-micro dos processos de mudança concernentes às reformas de saúde nas novas democracias (ou regimes políticos em transição) da América Latina (Capítulo 3).

Tal desafio ressalta não apenas a relevância de análises macro/micro dos processos de políticas públicas (decisão e implementação), como também requer a busca de um marco analítico que possibilite examinar, de modo inter-relacionado, 1) a forma como padrões de decisão política - os quais redundam na produção de políticas cujos escopos variam entre estreitos (focalizados) e amplos (universais ou radicais) - têm impactado os processos políticos de implementação; e 2) o modo como os distintos padrões de decisão têm respondido aos novos e velhos problemas vindos à tona no decorrer das distintas fases de implementação nas novas democracias ou regimes em transição.

Dividiremos o processo de reforma em cada país em distintas **fases políticas**, relacionadas aos períodos de mudança no poder na esfera política macro nacional – isto é; o governo federal -, uma vez que se trata ou de períodos de crise de governabilidade e/ou de tempos de renovação das expectativas da população em relação à política **macro nacional** e, mais especificamente, no que diz respeito à possibilidade de acesso às políticas de saúde nos dois países. Ademais, as crises de governabilidade - acirradas no início e fim de cada governo – têm produzido alterações nas relações Estado/Sociedade, em especial no que diz respeito à influência da economia ortodoxa (como conhecimento e prática política) na condução das políticas públicas de saúde nacionais. Estudaremos os anos dos governos de De la Madrid,

Salinas e Zedillo, no México, e os governos de Sarney Collor, Itamar e Cardoso (1º governo) no Brasil.

Metodologicamente, os conceitos utilizados estarão estruturados numa análise típica de relação Estado/Sociedade, a ser efetuada separadamente para cada país e de forma comparada, no final de cada capítulo (nas Partes II e III) e conclusão. Estabeleceremos conexões analíticas entre “padrões de participação direta na decisão macro” - no nível nacional - e “níveis de identificação no processo político micro”, ocorrido na esfera política estadual no México e municipal (sobretudo) no Brasil. Seguiremos uma **estratégia dupla**. Investigaremos a forma como os atores políticos (especialistas de saúde, políticos, burocratas) participam diretamente do processo de decisão no nível macro (nacional), em distintos períodos de governo e tempos seqüenciais de transição política. Em seguida verificaremos **se e em que termos** os participantes do processo de decisão e implementação nas esferas políticas micro (políticos, administradores, funcionários e usuários) **se identificam** com os valores e diretrizes concernentes às legalidades criadas (normas, legislações) na esfera política macro nacional (pela Presidência, Congresso, Ministério da Fazenda e/ou autoridade sanitária do país). As tensões políticas existentes entre diretrizes macro nacionais e prática política micro serão utilizadas para apontarmos níveis distintos de identificação com as estratégias reivindicadas pelas autoridades no nível macro⁵.

O trabalho se encontra dividido em **três grandes partes e conclusão final**. Três capítulos compreendem a **primeira parte do trabalho**, intitulada “A Política pública de saúde como uma construção política: comprando México e Brasil”. Nesta parte estaremos desenvolvendo os principais argumentos, conceitos e hipóteses da análise. **No primeiro capítulo**, ressaltaremos as especificidades políticas de Brasil e México no que se refere ao significado e configuração dos respectivos domínios públicos de saúde, no período anterior à gênese das reformas, e mais especificamente no início da década de setenta. Já no **segundo capítulo**, estudaremos a gênese do processo de construção da descentralização nos dois países, já inseridos em distintas seqüências de dupla transição política. O intuito é ressaltar algumas regularidades políticas do processo inicial de reforma (nos governos de Geisel e Figueiredo no Brasil, e de Echeverría e Portillo no México) para, então, **no quarto capítulo**, apresentarmos os principais conceitos (padrões de participação direta, níveis de identificação e legitimação) e

⁵ A metodologia encontra-se detalhada no 3º Capítulo.

