



HUGO GRIFONNI

Mestrando em Ciências Sociais pela UNESP, graduado em Administração Pública e em Direito. Desenvolve estudos relacionados às políticas públicas, capacidades estatais, implementação e desafios da descentralização.



ANITA NICOLINO

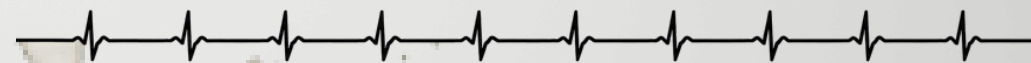
Graduanda em Ciências Sociais pela UNESP–Araraquara e bolsista de Iniciação Científica do CNPq. Atua em pesquisas sobre políticas públicas, governança, capacidades estatais, saúde e implementação no nível local.

“Saúde, Federalismo e Desigualdade: perspectivas comparadas” examina como diferentes arranjos institucionais, federativos e administrativos condicionam a formulação, o financiamento, a implementação e os resultados das políticas de saúde. A obra articula experiências da Argentina e do Brasil, evidenciando que a descentralização, por si só, não garante maior equidade, eficiência ou capacidade de resposta dos sistemas públicos. Ao reconstruir a trajetória do sistema de saúde argentino, o livro analisa o legado do peronismo, a centralidade das obras sociais, a expansão da medicina pré-paga, a coparticipação federal e as desigualdades entre as províncias. No caso brasileiro, a atenção se volta às capacidades estatais, à governança, ao monitoramento e à avaliação das políticas públicas, com estudos sobre o Programa Academia da Saúde em Araraquara e sobre a organização da saúde no município de Campinas. Em diferentes escalas, os capítulos demonstram como recursos, coordenação federativa, burocracias, planejamento, participação social e capacidades político-institucionais interferem na efetividade das políticas. Ao aproximar teoria e evidências empíricas, a obra oferece uma leitura crítica sobre federalismo, desigualdades territoriais e saúde pública, contribuindo para pesquisadores, estudantes, gestores e profissionais interessados nos desafios contemporâneos da ação estatal.

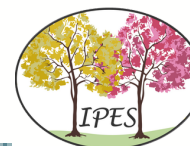
Saúde, federalismo e desigualdade: perspectivas comparadas

Saúde, federalismo e desigualdade

PERSPECTIVAS COMPARADAS



Luciléia Aparecida Colombo
João Vinícius Brasil da Silva
Hugo de Barros Pinto Grifoni
Anita Lemos Nicolino



LUCILÉIA APARECIDA COLOMBO

Professora de Ciência Política da UNESP–Araraquara, atua em pesquisas sobre federalismo, políticas públicas, relações intergovernamentais e desenvolvimento regional, com atenção às desigualdades territoriais e à organização federativa brasileira.



JOÃO VINÍCIUS BRASIL

Graduando em Ciências Sociais pela UNESP–Araraquara e bolsista de Iniciação Científica do CNPq. Desenvolve pesquisas sobre federalismo, políticas públicas, descentralização e sistemas de saúde em perspectiva comparada.

**LUCILÉIA APARECIDA COLOMBO
JOÃO VINÍCIUS BRASIL DA SILVA
HUGO DE BARROS PINTO GRIFONI
ANITA LEMOS NICOLINO**

SAÚDE, FEDERALISMO E DESIGUALDADE
perspectivas comparadas

1ª Edição

Editora IPES

2026

EDITORA IPES

CNPJ: 35.301.671/0001-77

Equipe Editorial:

Albertino Fachin Dias - Presidente do Instituto IPES

Fabricio Antonio Deffacci - Diretor Editorial

Carlos Otávio Zamberlan - Editor Chefe

Helena Pereira - Revisora Editorial

Contato:

WhatsApp: (67) 99661-0870

E-mail: editoraipes@gmail.com

Endereço: Rua General Câmara, 527, sala 02,
Amambai/MS

Site:

https://cienciaabertaipes.org/index.php/ipes/pt_BR/index

Instagram:

<https://www.instagram.com/editoraipesoficial/>

Projeto Gráfico:

Editora IPES

© COPYRIGHT DOS AUTORES

Esta obra é publicada em acesso aberto sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite sua reprodução, compartilhamento e adaptação, em qualquer meio ou formato, inclusive para fins comerciais, desde que sejam atribuídos os devidos créditos aos autores, indicada a fonte original e informadas eventuais alterações.

Diagramação
Sofia Novais Deffacci
Tuanes Dutra Dias

Arte da Capa
Mirela Vitória Novais Deffacci

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Saúde, federalismo e desigualdade :
perspectivas comparadas / Luciléia Aparecida
Colombo...[et al.]. -- 1. ed. -- Amambai, MS :
Editora Ipes, 2026.

Outros autores: João Vinícius Brasil da Silva,
Hugo de Barros Pinto Grifoni, Anita Nicolino.
Bibliografia.
ISBN 978-65-84067-42-4

1. Desigualdade social 2. Federalismo
3. Políticas públicas 4. Saúde pública -
Administração 5. Saúde pública - Brasil I. Colombo,
Luciléia Aparecida. II. Silva, João Vinícius Brasil
da. III. Grifoni, Hugo de Barros Pinto. IV. Nicolino,
Anita.

26-394376.0

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

CONSELHO EDITORIAL

Alexandre Assis Tomporoski – Dr. História (UFSC)
Ailton de Souza – Dr. Ciência Política (UNICAMP)
Carlos Buesa Buson – Dr. Comunicação e Educação (UNED/EEES)
Carlos Eduardo França – Dr. Sociologia (UNESP/Marília)
Carlos Otávio Zamberlan – Dr. Economia do Desenvolvimento (UFRGS)
Cinval Filho dos Reis – Dr. Educação (UFU)
Cláudia Maria Sonaglio – Dra. Economia Aplicada (UFV)
Dores Cristina Grechi – Dra. Economia do Desenvolvimento (UFRGS)
Eliana Lamberti – Dra. Economia do Desenvolvimento (UFRGS)
Eliotério Fachin Dias – Dr. Direito (USP)
Elson Luiz de Araujo – Dr. Educação (UNICAMP)
Fabricio Antonio Deffacci – Dr. Ciências Sociais (UNESP)
Fabricio José Missio – Dr. Economia (UFMG)
Francis Régis Barbosa – Dr. Desenvolvimento Regional (UNIOESTE)
Giovane Silveira da Silveira – Dr. Geografia (UFMS)
Herbert Gomes Martins – Dr. Ciências e Engenharia de Produção (UFRJ)
Jandir Ferrera de Lima – Dr. Desenvolvimento Regional (Québec/UQAC)
Jonattan Rodriguez Castelli – Dr. Economia (UFRGS)
José Antônio de Souza – Dr. Letras (UEL)
Leandro Marciano Marra – Dr. Ciência do Solo (UFPA)
Luciléia Aparecida Colombo – Dra. Ciência Política (UFSCar)
Marcelo Fetz de Almeida – Dr. Sociologia (UNICAMP)
Marinete Aparecida Zacharias Rodrigues – Dra. História Social (USP)
Moisés Centenaro – Dr. Administração (UNISINOS)
Omar Jorge Sabbag – Dr. Geografia (UNESP)
Oz Solon Chovghi Iazdi – Dr. Ciências Econômicas (UNICAMP)
Paulo Fernando Jurado da Silva – Dr. Geografia (UNESP)
Pery Francisco Assis Shikida – Dr. Economia Aplicada (ESALQ/USP)
Rafael Fernando Hack – Dr. Filosofia (UFSCar)
Rosele Marques Vieira – Dra. Economia do Desenvolvimento (UFRGS)
Rosenery Loureiro Lourenço – Dra. Ciências Contábeis (UFRJ)
Victor Azambuja Gama – Dr. Economia Aplicada (ESALQ/USP)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Recursos Próprios Totais das Províncias com as Maiores Taxas de Mortalidade Infantil (% dos recursos totais da província): Argentina: (1995-1999).	52
Tabela 2 - Recursos Próprios Totais das Províncias com Menores Taxas de Mortalidade Infantil (% dos recursos totais da província): Argentina: (1995-1999).	53
Tabela 3 - Transferências Federais via Coparticipação e Leis Especiais para as Províncias com as Menores Taxas de Mortalidade Infantil: Participação no PIB Nacional e Distribuição no Total de Transferências Automáticas (1993-1997)	54
Tabela 4 - Transferências Federais via Coparticipação e Leis Especiais para as Províncias com as Maiores Taxas de Mortalidade Infantil: Participação no PIB Nacional e Distribuição no Total de Transferências Automáticas (1993-1997)	55
Tabela 5 - Gasto em Saúde nos Dois Grupos de Províncias (1993-2000)	58
Tabela 6 - Cobertura de Saúde da População Argentina por Setor (1993)	60
Tabela 7 - Gasto em Saúde (1993)	61
Tabela 8 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, Campinas (SP), 2017-2021	108
Tabela 9 – Proporção de internações sensíveis à Atenção Básica, Campinas (SP) 2017-2021	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do município com divisão geográfica distrital e municipal do SUS.....	107
--	-----

LISTA DE SIGLAS

ADEM	Associação de Entidades de Medicina Pré-Paga (Argentina)
ANSSAL	Administración Nacional del Seguro de Salud (Argentina)
APS	Atenção Primária à Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CFI	Coparticipação Federal de Impostos (Argentina)
CIMARA	Câmara de Instituições Médico-Assistenciais da República Argentina
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COVID-19	Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
CVM	Comissão de Valores Mobiliários
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información de Salud (Argentina)
DF	Distrito Federal
eNASF	Equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família
eSB	Equipes de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões

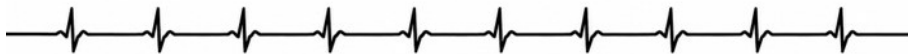
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos (Argentina)
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INOS	Instituto Nacional de Obras Sociais (Argentina)
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSSJyP	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (Argentina)
INSSJP	Instituto de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (Argentina)
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISSARA	Instituto de Serviços Sociais para as Atividades Rurais e Afins (Argentina)
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPC	Oficina de Presupuesto del Congreso (Argentina)
OS	Obras Sociais (Argentina)
PAMI	Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (Argentina)
PAS	Programa Academia da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMO	Programa Médico Obrigatório (Argentina)

PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNPD	Programa Nacional de Pós-Doutorado
PPA	Plano Plurianual
PQA-VS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SISPACTO	Sistema de Pactuação do SUS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UTES	Unões Transitórias de Empresas
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

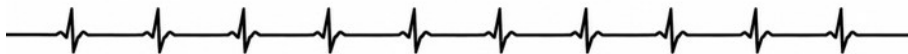
SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
 CAPÍTULO 1 - A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA ARGENTINA.....	19
1.1 Peronismo e a construção fragmentada da seguridade social (1945–1955).....	22
1.2 O legado do peronismo e as tentativas de reorganização institucional (1955–1973).....	26
1.3 A ruptura do pacto corporativo: desregulamentação, ofensiva neoliberal e a ascensão do mercado no governo Menem (1989–1999)	36
1.4 Descentralização sem recursos: a coparticipação e as assimetrias regionais na saúde (1989–2000)	48
 CAPÍTULO 2 - O BRASIL FRENTE À DESCENTRALIZAÇÃO: ONDE A POLÍTICA SE REALIZA? CAPACIDADES ESTATAIS E LINHA DE FRENTE NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE...	64
2.1 Capacidades estatais, monitoramento e promoção da saúde: fundamentos para uma leitura institucional do PAS	68
2.2 Monitoramento e avaliação de políticas públicas	77
2.3 Promoção da saúde na atenção primária à saúde	81
2.4 O polo Cruzeiro do Sul em Araraquara, SP:	84

CAPÍTULO 3 - A SAÚDE NO INTERIOR PAULISTA: O CASO DE CAMPINAS.....	92
3.1 O que são capacidades estatais?.....	97
3.2 Conjuntura do município de Campinas	101
3.3 O plano municipal de saúde de Campinas (2018-2021).....	103
3.4 O que os dados revelam?	111
 CONCLUSÃO	 113
 ÍNDICE REMISSIVO.....	 131
 SOBRE OS AUTORES	 134



INTRODUÇÃO



O Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) representou um grande avanço na cidadania brasileira, ao propor a universalidade como princípio da saúde, garantindo o alcance a todas as regiões, indistintamente. Foi institucionalizado pela Constituição de 1988 e representa uma ruptura com o padrão anterior, caracterizado por ser contributivo e excludente, recolocando o Estado como promotor da integralidade, equidade, universalidade e participação social, de forma ampla e irrestrita.

As divisões existentes em Atenção Primária, Média e Alta Complexidade favorece o reconhecimento de desafios, especialmente para um país com as dimensões do Brasil; a principal delas reside na natureza multifacetada do federalismo, especialmente com a desigualdade existente entre as regiões, com destaque para o norte e o nordeste, em dissonância com o sul, sudeste e centro-oeste.

O modelo prevalecente pré-SUS indicava as principais dualidades sociais, ao estar vinculado a duas esferas distintas, o Ministério da Saúde e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). O primeiro, tinha como objetivos principais a vacinação da população, o controle de endemias e a vigilância epidemiológica. O

segundo, estava ancorado em pressupostos individuais e contributivos, associados à Previdência, especialmente com os IAPs, posteriormente com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1978.

Para Lima, Fonseca e Hochman (2005), a saúde no Brasil era estrategicamente formulada para o combate de doenças que poderiam implicar na ameaça à força de trabalho, especialmente com a imagem que o Brasil possuía no exterior; com a criação do Ministério da Saúde, em 1930, com Getúlio Vargas, saúde e previdência social andavam de mãos dadas, ainda que vinculadas ao mercado formal de trabalho, com a carteira assinada, porta de entrada para o acesso à política. Trabalhadores informais e populações rurais estavam abandonados e não podiam fazer uso das políticas de saúde, o que favorecia um modelo individualista, centrado especialmente em uma diferenciação no acesso aos serviços.

As alterações significativas no modelo começaram a surgir a partir do período militar, no qual foram impulsionados por movimentos insurgentes e críticos do contexto político, entre eles, o movimento sanitário, que possuía três pontos principais para o debate, sendo o primeiro, uma crítica ao que era conhecido como saúde, em que recolocavam no debate a determinação social como condicionante; um segundo ponto proposto pelos sanitaristas foi a ampliação da democratização do Estado e do acesso às políticas públicas; e, finalmente, ancorava-se, segundo Paim (2008), em princípios de descentralização, universalidade e participação social.

Outro momento fundamental da trajetória do SUS foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, contando com movimentos sociais, trabalhadores e gestores da saúde, no qual foi aprovada a proposta de criação de um sistema único de saúde, amparado nos pressupostos do movimento sanitarista, e ancorado na Constituição de 1988. A criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1986, impulsionou o movimento ocorrido nos anos posteriores, ampliando o acesso universal à saúde para todos os cidadãos. Cabe destacar que a Constituição de 1988 também foi responsável por estabelecer formalmente a autonomia dos municípios e o reconhecimento destes como entes federados, com plenos poderes frente aos demais, sem uma subordinação político-jurídica, como em momentos anteriores. É preciso destacar que, juntamente com a descentralização de competências, os municípios passaram a ter a responsabilidade pela formulação e implementação de algumas políticas públicas. No novo arranjo federativo de 1988, a autonomia dos governos municipais também permitiu a execução de políticas sociais como a Saúde, Educação, Assistência Social, promovendo uma complexificação, seguida de uma necessidade de readequação do quadro técnico e burocrático destes municípios (Grin, Abrucio, 2019).

Na Constituinte de 1988, dois projetos paralelos ocuparam o palco e a atenção dos parlamentares: de um lado, o movimento sanitarista, com a defesa da saúde como dever do Estado, e de outro lado, o projeto de instituições privadas, que defendiam a perpetuação deste setor na oferta de serviços públicos. Por fim, a

versão mais ampliada e democrática, defendida pelo movimento sanitarista, obteve êxito e foi aprovada, estabelecendo que a saúde seria universal, como um direito de todos e dever do Estado.

É importante destacar neste cenário de mudanças, o federalismo brasileiro e as suas peculiaridades locais, especialmente as remodelações promovidas pela Constituição de 1988, cuja principal característica foi a grande descentralização que conferiu a estados e municípios, autonomia e possibilidade de implementação das políticas públicas, a partir do aumento em suas prerrogativas sociais, e maior participação do poder local no processo decisório das políticas públicas. Como salientam Grin e Abrucio (2017, p. 7): “A consolidação de esferas locais com responsabilidades delimitadas por serviços e políticas públicas foi o meio encontrado para equacionar soberania do Estado com a divisão de competências entre unidades territorialmente constituídas”.

Advogamos que a característica mais importante de nosso federalismo é a grande desigualdade regional observada entre as regiões sudeste e nordeste do Brasil, a qual historicamente exigiu a intervenção do Estado para conter seus efeitos nocivos. Como ressaltam Colombo e Gileno (2019), essas assimetrias são antigas e manifestam distintos desenhos institucionais no decorrer dos períodos históricos, visto que pautaram o debate sobre as políticas públicas na promoção do desenvolvimento regional. A pertinência assumida pelo tópico do desenvolvimento regional nas diferentes agendas públicas deve-se ao fato de que a superação das desigualdades econômicas, sociais

existentes entre os Estados Federados era assunto relevante para o planejamento governamental, especialmente a partir dos anos 50. O reconhecimento público de nossas assimetrias regionais impulsionou a criação de mecanismos para solucioná-las, amenizá-las ou simplesmente para os governos inserirem a temática em suas agendas com o intuito de obter retorno político satisfatório (Colombo, Gileno, 2019).

Uma segunda característica do federalismo brasileiro é a oscilação entre períodos de centralização e de descentralização, respectivamente pelo período militar e pela redemocratização. Essas alterações promovidas no desenho federativo brasileiro impactaram no desenho das políticas públicas implementadas ao longo dos anos, especialmente porque atualmente temos um cenário de revalorização dos entes subnacionais como atores políticos fundamentais tanto para a formulação como para a implementação destas políticas. Esta reestruturação das relações intergovernamentais promovidas especialmente pela Constituição de 1988 foi responsável por retirar uma parcela do protagonismo do Governo Federal e transferi-lo para estados e municípios. Com a Constituição de 1988, observamos uma grande descentralização e inovações importantes na área de saúde, principalmente.

Longe de ser um palco de um processo livre de tensionamentos, a Constituição de 1988 convive com o papel público e privado, conforme apontou Bahia (2009) em seus estudos, nos quais a regulação do mercado não foi plenamente realizada, o que permite que a saúde suplementar seja uma concorrente ao

modelo do SUS, conferindo ainda grande desigualdade no acesso aos serviços.

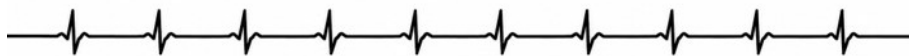
Apesar de ter sido formulado em 1988, o SUS adquiriu institucionalidade somente em 1990, por meio da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, complementada pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que institucionaliza a participação social como um dever a ser seguido na gestão do SUS. Além disso, ao longo dos anos 1990, o SUS também foi legitimado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs), que foram as responsáveis por operacionalizar as competências federativas de União, estados e municípios, além da definição das estratégias de transferências de recursos financeiros entre eles.

No entanto, para repensarmos o funcionamento do SUS recentemente, é necessário atentarmos para como a saúde chega exatamente aonde o cidadão está localizado, ou seja, olhar para os municípios e como eles têm tratado a saúde é uma das prerrogativas deste livro. Além disso, analisar como a saúde foi estruturada em outros países, especialmente na Argentina, um país vizinho ao nosso, é importante para estabelecer uma perspectiva comparativa entre os modelos.

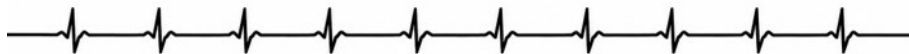
Este livro está dividido da seguinte forma: esta introdução, seguida de um capítulo sobre a trajetória da saúde na Argentina; o capítulo 2 trata de uma experiência que ocorreu na cidade de Araraquara, São Paulo, sobre a Academia da Saúde. O capítulo 3 é dedicado a analisar a

saúde no município de Campinas, São Paulo. Por fim, a conclusão do trabalho condensa as principais ideias trabalhadas ao longo do livro.

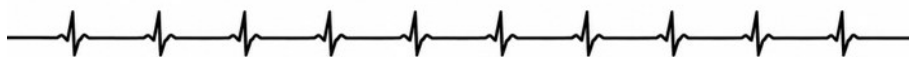
Importante destacar que este livro é fruto dos trabalhos desenvolvidos no Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional, liderado pela Profa. Dra. Luciléia Colombo e Cadastrado nos Diretórios dos Grupos de Pesquisa no Brasil/CNPq. Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Pró-Reitoria de Pesquisa da Unesp (PROPE) pela concessão de bolsas de iniciação científica, para o desenvolvimento do presente trabalho.



CAPÍTULO 1



A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA ARGENTINA



Os anos 1990 foram marcados por profundas transformações nos países latino-americanos, período em que diversas nações da região promoveram reformas voltadas tanto à reorganização das relações federativas quanto à reformulação de políticas públicas. Entre esses países, destaca-se a Argentina, cuja trajetória no enfrentamento das desigualdades regionais e na construção de instituições responsáveis pela organização e pelo financiamento das políticas de saúde revela especificidades importantes.

Foi justamente no desenrolar dessa trajetória singular que a Argentina vivenciou uma profunda conjuntura crítica, na qual as iniciativas de intervenção governamental constituíram-se em resposta às elevadas desigualdades sociais e regionais, bem como aos altos índices de pobreza. Entre essas medidas institucionais, a de maior destaque ocorreu em 1994, com a reforma

constitucional, que buscou rearticular as relações federativas por meio da chamada Coparticipação Federal de Impostos. Conforme aponta Porto (2004), a reforma previa uma definição mais clara da distribuição de competências entre o governo federal e as províncias, articulando as relações intergovernamentais e procurando evitar prejuízos aos entes subnacionais. Além disso, por meio desse novo arranjo, projetava-se uma rearticulação fiscal entre a Nação, as províncias e a Cidade de Buenos Aires, as quais passariam a ter suas competências, funções e serviços vinculados a critérios objetivos de repartição fiscal (Porto, 2004).

Pelo mapeamento prévio traçado sobre a realidade argentina, destaca-se que os desequilíbrios territoriais e o papel das políticas públicas para sua correção são temas que despertam preocupação permanente nesse país. No período analisado, a Argentina experimentou um acentuado processo de descentralização fiscal, que se somou a um contexto de crescente complexidade federativa: ao longo do século XX, o número de províncias aumentou de catorze para vinte e três, com a elevação de territórios nacionais em 1953 (Chaco, Chubut, La Pampa, Misiones, Neuquén, Río Negro e Santa Cruz), em 1955 (Formosa) e em 1990 (Tierra del Fuego) (Hernández, 2008). Além disso, como a Argentina possui uma forte tradição centralista, com o poder financeiro concentrado no governo federal, a criação dessas novas províncias agudizou as assimetrias regionais, especialmente porque os gastos ficaram concentrados nesses entes subnacionais, responsáveis pela

prestação de serviços públicos aos cidadãos. Em contrapartida, havia uma pressão popular no sentido de exigir serviços públicos similares em todo o território nacional, independentemente da localização da província. Nesse sentido, emergiram conflitos inerentes ao desenvolvimento regional e à superação das desigualdades, envolvendo os principais protagonistas: o governo federal, as províncias e a população argentina.

Outra frente delicada, somada ao aprofundamento das assimetrias regionais e ao estrangulamento fiscal das províncias, é a área da saúde. Na Argentina, esse sistema é historicamente fragmentado em três grandes subsetores: o público, o da seguridade social e o privado. O subsetor público abrange os três níveis de governo: nacional, provincial e municipal. O subsetor da seguridade social, por sua vez, divide-se em quatro categorias: as Obras Sociais Nacionais, que incluem o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas, popularmente conhecido como PAMI; as Obras Sociais Provinciais, com uma unidade em cada província; as Obras Sociais das Forças Armadas e de Segurança; e as Obras Sociais de Universidades e órgãos estatais, focadas no atendimento de públicos específicos. Por fim, o subsetor privado, também chamado de medicina pré-paga, envolve em sua organização empresas e prestadores de serviços financiados por meio da contratação direta de seguros privados pelos cidadãos.

A partir da análise da literatura predominante sobre o sistema de saúde argentino, constata-se que os estudos frequentemente abordam os períodos históricos de forma isolada e tratam os três subsetores de maneira

descontextualizada. Isto é, as análises recentes tendem a desvinculá-los de seus contextos históricos, desconsiderando a multiplicidade de faces que assumiram ao longo do tempo e, sobretudo, negligenciando o nexo causal de eventos históricos marcantes que condicionaram a trajetória do sistema, cuja gênese analítica remonta a 1945.

1.1 Peronismo e a Construção Fragmentada da Seguridade Social (1945–1955)

Nas primeiras décadas do século XX, predominava na Argentina o modelo denominado “descentralização anárquica” (Menicucci, 2017), no qual a saúde era tratada como uma questão individual ou de caridade. Nesse período, a ação estatal era considerada residual e pouco articulada, atuando apenas numa função diminuta ou fragmentada no combate às epidemias e aos problemas sanitários.

Foi nesse contexto de presença estatal restrita que emergiram as primeiras associações mutualistas, organizadas por ofício ou nacionalidade, que preencheram parte do vazio assistencial. Sob o governo de Juan Perón (1946–1955), essas entidades foram impulsionadas e acabaram por dar origem ao sistema de obras sociais, que mais tarde se tornaria a base da atenção médica sindical. Esse movimento não apenas ampliou a cobertura assistencial, mas também fortaleceu politicamente as organizações sindicais, que se tornaram atores centrais do projeto peronista (Machado, 2018).

Paralelamente à transição das mutuais para as obras sociais, o regime peronista enfrentava crescentes tensões no plano econômico e no campo político-institucional. Marcado pelo déficit fiscal, o regime político buscou transferir a responsabilidade de serviços do governo nacional para as províncias, tecnicamente justificado por razões de ordem econômica e orçamentária. Essa transferência de competências significaria, para o governo central, uma redução de custos, o que abriria espaço para ajustes fiscais que estavam sendo exigidos por credores internacionais. Em contrapartida, as províncias opuseram-se vigorosamente a essas tentativas, sobretudo em razão de seus orçamentos limitados, incapazes de sustentar esses novos encargos (Belmartino, 1995).

Esse importante conflito entre os entes federativos evidencia um momento analítico-chave: o início de um padrão de conflito que permaneceu até o governo Menem, a saber, a disputa de competências entre as instituições federativas, as quais atuaram na mediação entre as pressões externas (FMI) e as resistências internas (províncias), moldando trajetórias de difícil reversão, padrão este que, mais tarde, se tornaria recorrente ao longo da trajetória institucional argentina.

Além da inter-relação conflituosa dos interesses federativos destacados anteriormente, a construção do campo da seguridade social também se desdobrou em meio a outras problemáticas, como a indefinição causada pela incomunicabilidade técnica e intelectual entre políticos e funcionários a respeito de um futuro regime social, que gerou conflitos sobre quais características o regime deveria adotar: ser integral ou parcial, centralizado

ou descentralizado. Segundo Belmartino (1995), o momento histórico que trouxe à tona essa problemática está no desmembramento de funções da antiga “Dirección Nacional de Atención Médica y Asistencia Social”, cujas competências foram realocadas para o “Ministério do Trabalho”. Para a autora, houve uma reorientação do comando do setor da saúde, que restringiu a autoridade do Ministério da Saúde e fortaleceu as instituições vinculadas ao Ministério do Trabalho, como a “Fundación Eva Perón”, que se tornaria um dos pilares da estratégia política peronista.

Como desdobramento desse esvaziamento das competências da “Dirección Nacional de Atención Médica y Asistencia Social”, surgiu um conjunto de instituições fragmentadas, que posteriormente seriam reunidas sob a denominação genérica de obras sociais. Em linhas gerais, tratava-se de entidades sem fins lucrativos, vinculadas aos sindicatos por ramo de atividade, financiadas por contribuições obrigatórias de trabalhadores formais e empregadores, e responsáveis pela prestação de serviços de saúde aos seus associados. Essa configuração institucional, ao assumir de forma heterogênea as funções que seriam atribuídas a um pretendido sistema de seguro social, revela como escolhas iniciais do peronismo condicionaram a fragmentação que se tornaria traço estruturante do sistema argentino.

De modo geral, a análise institucional sugere que a cobertura de saúde no governo Perón foi construída sobre bases seletivas. Embora tenha ampliado o acesso para a classe trabalhadora organizada, o regime não chegou a consolidar a saúde como um direito universal.

Os benefícios eram concedidos de forma pouco uniforme, variando conforme o poder de negociação de cada categoria profissional. Além disso, a relação entre o Estado e os beneficiários estruturava-se em torno de trocas políticas e da concessão de vantagens, o que gerou uma forte dependência dos trabalhadores em relação ao governo central.

Assim, o legado do projeto peronista, marcado pela sobreposição de competências, vínculos corporativistas e indefinição entre saúde e seguridade social, configurou uma trajetória institucional de difícil reversão. Tais escolhas favoreceram a constituição de um sistema de saúde fragmentado, atrelado à estrutura sindical e pautado pela extensão da cobertura do seguro social por ramo de atividade, isto é, vínculo por categoria profissional ¹. Esse desenho, que mais tarde seria formalmente institucionalizado na década de 1970, consolidou os três subsetores da saúde: obras sociais (seguridade social), público e privado (Machado, 2018). Esse aparato consolidou mecanismos rígidos que tornaram as reformas posteriores pouco efetivas. Como veremos a seguir, o legado de Perón mostrou-se capaz de resistir mesmo a sucessivas tentativas de transformação.

¹ O “vínculo por categoria profissional” se refere ao sistema pelo qual os trabalhadores de um mesmo ramo de atividade, por exemplo, metalúrgicos, bancários, comerciários, eram obrigados a contribuir para a obra social correspondente ao seu sindicato de classe, sem possibilidade de escolha entre diferentes prestadores; estrutura consolidada a partir do governo Perón e formalizada pela Lei nº 18.610/1970.

1.2 O legado do peronismo e as tentativas de reorganização institucional (1955–1973)

É fato que o legado do peronismo permeia um espaço de difícil definição. Apesar da nacionalização dos estabelecimentos públicos, do desenvolvimento de uma rede de centros de atenção ambulatorial em todo o território nacional e da criação de novos hospitais (Menicucci, 2017), a centralização foi marcada pelo esvaziamento do Ministério da Saúde e pela transferência de competências para o Ministério do Trabalho.

Contudo, com a queda de Perón em 1955, inaugurou-se um novo ciclo. Os governos que o sucederam — os da chamada “Revolución Libertadora” (1955–1958) e, posteriormente, os regimes militares de Onganía (1966–1970) e do General Lanusse (1971–1973) — foram marcados pelo acirramento de conflitos técnicos e intragovernamentais, o que acabou ocasionando sucessivas tentativas de reformas e mudanças institucionais.

No início do regime de Onganía, ocorreu a criação do “Ministério de Bem-estar Social”, que continha a Secretaria de Saúde, a cargo de Ezequiel Holmberg, o qual tentou lançar um programa que iria reorganizar o setor da saúde, seguindo critérios de organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde.

Conforme aponta Belmartino (1995), além das influências dos organismos internacionais e do apoio dos sanitaristas locais à abordagem técnico-modernizante, que se caracterizava pela busca de racionalização do

sistema via padronização de tarifas e homogeneização institucional, a intervenção estatal assumiu duas características principais: a primeira, de caráter tecnocrático, buscou introduzir racionalidade em um sistema em que a concessão de benefícios era arbitrária e a alocação era ineficiente. A segunda, por sua vez, respondia a um imperativo político, para incorporar as organizações populares e conter a hegemonia do setor privado na oferta de serviços, que ameaçava a continuidade do sistema. Tratou-se, num certo sentido, em reestruturar o fragmentado sistema de saúde argentino legado por Perón, cuja organização interna era ineficiente e no qual o conflito entre os subsetores pela alocação de recursos atingia seu apogeu.

Nesse sentido, de modo a atingir os pressupostos técnico-modernizantes, a atuação da Secretaria de Saúde, no âmbito do Ministério do Bem-Estar Social, concentrou-se em duas frentes principais. Na primeira, buscou aprimorar o saneamento financeiro das obras sociais e mutualidades. Na segunda, tratou de regular os custos dos serviços contratados ao setor privado. Para contemplar as exigências das duas frentes, a Secretaria de Saúde determinou a fixação de tarifas e pautas uniformes de contratação em nível nacional, além de normas administrativas de cumprimento obrigatório. Esse momento demonstra como o Estado, por meio de suas instituições, buscou promover relações mais equitativas no sistema de saúde argentino, estabelecendo normas rígidas que visavam conter a expansão do setor privado e reduzir a desigualdade entre as próprias obras sociais (Belmartino, 2005).

Dadas as determinações institucionais, houve adesão das obras sociais e mutualidades, inicialmente favorecidas pelo congelamento e, posteriormente, pela homogeneização nacional das tarifas aplicadas às prestações de serviços de atenção médica. No entanto, quando a “Confederação Geral do Trabalho” assumiu a representação dos interesses das obras sociais e mutualidades, manifestando reticência diante dos contratos padronizados, nomenclaturas e taxas uniformes, as negociações e suas condições transformaram-se de maneira abrupta. De acordo com Belmartino (1995):

A Confederação Médica, órgão representativo da categoria, a Confederação de Clínicas e Sanatórios — que aglutina as instituições com serviços de internação —, a CGT e as diferentes secretarias dos Ministérios do Bem-Estar Social e do Trabalho envolvem-se numa complexa rede de negociação e confronto que culmina com a institucionalização do sistema de obras sociais pela Lei nº 18.610/70 e o projeto de afirmação do protagonismo do Estado na regulação dos contratos entre prestadores de serviços e entidades financiadoras, que se concretiza nas disposições da Lei 19.710/71. (Belmartino, 1995, p. 40).

É precisamente em meio a esses conflitos e negociações que a Lei nº 18.610/1970 foi estabelecida, buscando remediar a relativa iniquidade que constituía uma característica histórica do sistema, por meio da atividade reguladora do Instituto Nacional de Obras Sociais. Entre as suas principais atribuições, incluíam-se

a coordenação e a integração das obras sociais, de modo a orientar a distribuição de seus recursos entre as diferentes prestações sociais; a aprovação de tarifas e o controle contábil das diferentes atividades; e a disposição dos recursos correspondentes ao Fundo de Redistribuição. Em síntese, buscava-se criar solidariedade dentro do iníquo sistema, o que justificou a assistência financeira às obras sociais com menores recursos por beneficiário e capacidade de negociação.

Além disso, para Menicucci e Leandro (2023), concomitantemente à institucionalização das obras sociais, tornaram-se obrigatórias a contribuição patronal e a filiação dos trabalhadores, criando, em meados dos anos 1970, as obras sociais sob controle estatal nacional: o Instituto de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSJP), conhecido como PAMI; o Instituto de Serviços Sociais para as Atividades Rurais e Afins (ISSARA); e o Instituto de Obra Social para o Pessoal dos Ministérios do Bem-Estar Social e do Trabalho.

Diante dos fatos expostos, percebe-se que, ainda que buscassem suprir a necessidade de homogeneização de um sistema essencialmente fragmentado, as reformas estatais não promoveram uma intervenção ordenadora técnico-política adequada; pelo contrário, foram paliativas (buscaram equidade via redistribuição e regulação), mas não romperam com a estrutura fragmentada e corporativa herdada de Perón. O poder sindical permaneceu como ator central na saúde argentina.

Essa estrutura fragmentada também gerou impactos significativos no subsetor público. Como

apontam Abramzón (1995) e Menicucci (2017), sua organização institucional era pouco planejada para enfrentar as desigualdades regionais: a provisão dos serviços era de competência das províncias, assim como estas também eram responsáveis pelo financiamento, suplementado secundariamente por transferências do orçamento nacional e pelos orçamentos municipais. Na década de 1970, Repetto e Alonso (2004) apontam que aproximadamente dois terços da população estavam cobertos pelo sistema de OS, ao passo que o subsetor público cobria apenas as populações pauperizadas. O que se mostra relevante para a análise são os dados fornecidos por Belmartino (2005), de que aproximadamente 80%² do gasto público em saúde vinha diretamente das províncias e o restante da administração nacional. No cenário das desigualdades provinciais, infere-se que províncias com maior arrecadação própria e maior capacidade de negociação política ofertavam melhores serviços públicos de saúde, aprofundando o fosso regional, hipótese que será melhor examinada empiricamente no subcapítulo dedicado ao período Menem.

Entre a breve e conturbada experiência peronista de 1973 a 1976, que teve início com a eleição e posse de Juan Domingo Perón em 1973 e se estendeu sob o governo de sua viúva, Isabel Perón, até o golpe militar de 1976, e o retorno da ditadura na Argentina, os anos seguintes foram marcados por inúmeras conjunturas críticas. Esse período

² No ano de 1970

caracterizou-se pela descentralização fiscal e, principalmente, pela descentralização das competências no que se refere à saúde. Em plena ditadura militar, iniciou-se em 1977 um processo de transferência das unidades hospitalares, ainda sob administração federal, para as jurisdições provinciais. Essa decisão conferiu maior competência local e consolidou um papel mais relevante para as províncias no setor de saúde. Por outro lado, sob a perspectiva da trajetória institucional, esse movimento descentralizador aprofundou um processo que teve início com o retorno do peronismo em 1974 (Menicucci, 2017). Em outros termos, esse processo pode ser caracterizado como uma fragmentação federativa e fiscal que pouco levou em consideração as assimetrias regionais. Assim, os efeitos dessa dinâmica podem ser mensurados pelos dados de Belmartino (1995), os quais demonstram que as províncias passaram a responder, em 1980, por 87% do gasto público setorial (um aumento de 7 pontos percentuais em comparação com os dados de 1970 apresentados anteriormente).

A partir da década de 1980, o Tesouro Nacional, que até então destinava contribuições às províncias vinculadas a programas específicos e mantinha o controle estrito sobre suas atividades, passou por significativas transformações. Nesse cenário, em 1984, embora os programas específicos e os incentivos monetários tenham sido preservados, o controle centralizado sobre as contas foi suprimido. Como consequência, as províncias passaram a administrar os subsídios de acordo com suas próprias prioridades de alocação. Na realidade, o fim dessa fiscalização minuciosa sobre a aplicação dos recursos

significou a transferência do poder de gestão aos governos subnacionais, que assumiram a responsabilidade direta pela execução orçamentária e financeira, decidindo localmente onde aplicar as verbas conforme suas necessidades (Belmartino, 2005).

De acordo com Abramzón (1995), esse período foi marcado pelas persistentes condições de baixa eficiência na alocação do gasto em saúde, cuja eficiência permaneceu reduzida pela falta de planejamento das relações entre nação e províncias. Esse aumento do poder dos entes subnacionais legou, institucionalmente, três problemas estruturais apontados por Belmartino (1995): o primeiro refere-se à sobreposição de prestações, uma vez que múltiplas transferências chegavam à mesma área sem coordenação clara, gerando duplicidade e confusão de responsabilidades. Em segundo lugar, verificou-se a baixa coordenação na regulação e na fiscalização, porque a autonomia provincial, ao reduzir a integração entre os níveis federal e subnacional, fragilizou os mecanismos de controle. Em terceiro, observou-se o baixo cumprimento de normas e pautas de credenciamento³. Em resumo, sem um arcabouço central forte, tornou-se difícil monitorar padrões uniformes.

Como consequência desse quadro, a descentralização não planejada foi associada à deterioração da qualidade dos serviços de saúde e numa menor transparência das informações financeiras sobre

³ Entende-se por pautas de credenciamento os critérios e exigências formais para que as províncias pudessem receber subsídios do governo central.

a alocação dos gastos provinciais. Essa transferência de competências sem controle por parte do governo central, somada à descentralização fiscal, tornou-se uma das principais insatisfações da população e dos principais técnicos do período. A descentralização de competências sem a compreensão das especificidades locais apenas acentuou a desigualdade entre as províncias argentinas, sobretudo pela ausência de mecanismos de coordenação. Como se verá adiante, as decisões desse período condicionaram negativamente a gestão federativa da saúde nas décadas seguintes, o que explica por que, tanto no governo Alfonsín quanto no governo Menem (ainda que com diferentes orientações), buscou-se remediar os problemas dos três subsetores até a reforma constitucional de 1994 e a instituição da Coparticipação Impositiva.

Após as reformas dos regimes militares fracassarem devido à ausência de coordenação e de transparência nas informações financeiras, a Argentina retornou à democracia com a eleição de Raúl Alfonsín, em 1983. Esse foi um momento em que eclodiram os conflitos gestados ao longo das tentativas frustradas de reforma dos períodos anteriores. O país, contudo, herdava uma profunda crise econômica e social: entre 1981 e 1989, o PIB por habitante caiu 23,5%; na Grande Buenos Aires, a pobreza cresceu 73%; e o desemprego urbano aberto passou de 2,6% para 6,5% da taxa média anual (CEPAL, 1990). Nesse contexto de deterioração, Alfonsín propôs ordenar as obras sociais sindicais, unificar o financiamento do sistema e universalizar a cobertura de saúde (Machado, 2018).

Durante o governo Alfonsín, o Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS) manteve sua função reguladora e redistribuidora, buscando atenuar as desigualdades entre as obras sociais. Foi justamente nesse momento histórico que o instituto estabeleceu uma classificação em cinco níveis, que variavam conforme a renda *per capita* dos beneficiários e o nível de investimento por contribuinte, dividindo as instituições entre “obras sociais ricas” e “obras sociais pobres”. Contudo, antes mesmo de se constituir como uma iniciativa voltada à equidade, a dinâmica corporativa acabou por corrompê-la de forma significativa. A Resolução 824, de 1985, exemplifica como essa dinâmica corporativista operou na prática. O INOS identificou 82 obras sociais com renda inferior à média, as quais poderiam ser caracterizadas como obras sociais pobres; em princípio, estas deveriam ter recebido apoio prioritário por meio do Fundo de Redistribuição. No entanto, a alocação efetiva dos recursos não seguiu esse critério redistributivo. Entre 1984 e 1986, os subsídios foram majoritariamente absorvidos por sindicatos de maior poder político. O sindicato metalúrgico, referencial histórico do poder alcançado pelo sindicalismo peronista, concentrou sozinho 29,73% dos subsídios concedidos, enquanto outros quatro grandes sindicatos receberam 17,06% dos empréstimos. As obras sociais pobres, por sua vez, ficaram com uma parcela residual dos recursos. Esse episódio revela como o pacto corporativo herdado do período peronista gerou uma trajetória institucional altamente resiliente e de difícil reversão, pois continuou a orientar e a determinar a distribuição dos recursos do sistema, favorecendo as obras sociais com maior poder de

negociação em detrimento das que efetivamente necessitavam de apoio financeiro (Belmartino, 1995).

Outra importante conjuntura crítica refere-se ao conflito entre o INOS e a classe médica. O *plus*⁴ foi adotado como um recurso generalizado para reparar a queda dos valores fixados pelo INOS. A título de exemplo, Abramzón (1995) menciona a resistência de anestesistas e neurologistas, que romperam suas relações contratuais com a seguridade social, obrigando as obras sociais a criarem mecanismos de reembolso pelos gastos realizados pelos beneficiários. Tal atitude representou uma rejeição explícita às regras do sistema e impôs um severo limite às possibilidades de superação da crise. Esse cenário evidencia que o conflito entre a classe médica e as instituições estatais resulta dos interesses corporativo-profissionais e da luta distributiva gerada nos últimos anos dentro do setor da saúde, revelando uma preocupação maior com a disputa por recursos do que propriamente com as necessidades médico-assistenciais da população.

Paralelamente a esse desgaste institucional, o agravamento das condições sociais sufocou o subsetor público, cuja demanda disparou devido ao surgimento dos chamados "pauperizados", isto é, da população que, ao perder o emprego formal no contexto de crise, foi excluída do sistema de obras sociais (Machado, 2018). Esse contingente passou a depender exclusivamente da rede estatal regionalizada, no mesmo momento em que o

⁴ Cobrança adicional exigida dos pacientes pelos médicos

subsetor privado de medicina pré-paga expandia sua presença entre as classes de maior poder aquisitivo. Em suma, a reconstrução desses conflitos demonstra como a fragmentação institucional, o poder de veto dos sindicatos e o colapso dos serviços públicos pavimentaram o caminho para o avanço das propostas neoliberais, criando as condições políticas e fiscais favoráveis para as reformas radicais que seriam implementadas a partir de 1989 no governo de Carlos Menem.

1.3 A Ruptura do Pacto Corporativo: Desregulamentação, Ofensiva Neoliberal e a Ascensão do Mercado no Governo Menem (1989–1999)

Em 1989, em meio aos desafios impostos pelas crises econômicas, Carlos Menem, candidato pelo “Partido Justicialista” (força histórica do peronismo), assumiu antecipadamente a presidência da Argentina. Em um contexto macroeconômico profundamente adverso, o novo mandatário, distanciando-se dos discursos trabalhistas da campanha antecedente à sua vitória, alinhou-se ao empresariado, ao Banco Mundial e ao Fundo Monetário Internacional. A partir dessa coalizão, seu mandato promoveu transformações significativas nas relações de trabalho e, conseqüentemente, na saúde, reestruturando e ressignificando as relações corporativas que caracterizavam o sistema de saúde fragmentado da Argentina. Nesse cenário, surgiram atores, instituições e programas que requerem atenção para uma compreensão da trajetória até aqui.

As reformas de Menem, contudo, não surgiram no vazio. Como demonstrado na reconstrução da trajetória institucional e dos agentes, elas foram precedidas por uma profunda crise de legitimidade do Estado, gestada ainda no governo Alfonsín. A ineficácia da Resolução 824, que orientou seus recursos de forma discricionária às obras sociais com maior renda per capita, assim como a ineficiência dos instrumentos redistributivos que não promoveram transparência dos gastos provinciais, contribuíram para uma crítica à capacidade estatal e de sua legitimidade. Como consequência dessa insatisfação com o Estado, ocorreu a difusão das ideias neoliberais, que embasaram a defesa de parcerias com o setor privado. legitimidade estatal abrem espaço para que novos paradigmas ideológicos ganhem força.

Nessa direção, o governo Menem transformou significativamente o sistema de saúde e o sistema previdenciário, fomentando a relação entre a esfera privada e os trabalhadores por meio da capitalização, na qual fundos privados passaram a administrar as contribuições dos trabalhadores em contas individuais (Machado, 2018). Paralelamente a essas transformações, agravou-se a crise de financiamento das obras sociais nacionais e provinciais. Financiadas pela contribuição de 8% sobre a remuneração dos empregados ativos, sendo 3% de desconto do salário do trabalhador e 5% de encargo do empregador, essas estruturas tornavam-se diretamente dependentes do nível de emprego formal e da massa salarial (Belló; Becerril-Montekio, 2011). Com a depreciação do salário real, a contração do emprego assalariado e o aumento do trabalho autônomo, somados

ao hábito empresarial de descumprir as obrigações de arrecadação e de realizar pagamentos “por fora”, os recursos globais do subsistema sofreram uma queda substancial.

Assim, em 1995, quando o Ministério das Finanças, com apoio do Banco Mundial, abriu espaço para a atuação do setor privado no sistema de obras sociais, promoveu-se o fim da obrigatoriedade do vínculo por categoria profissional. Essa medida permitiu que os trabalhadores optassem por outras obras sociais que não as de seu próprio sindicato, o que enfraqueceu a base corporativa do sistema de seguridade social e alterou o pacto corporativo tradicional, favorecendo a expansão das empresas de medicina pré-paga. Para viabilizar a livre escolha, foi instituído o recadastramento de todos os beneficiários e prestadores de serviços. Paralelamente, criou-se o Programa Médico Obrigatório (PMO), que estabeleceu um conjunto de prestações mínimas a ser garantido pelas operadoras de planos de saúde. No entanto, enquanto as operadoras ficavam sujeitas ao PMO, o setor privado permaneceu, em grande medida, desregulado, o que favoreceu a proliferação de diferentes arranjos organizacionais e contratuais. Isso evidencia que nem mesmo a resistência sindical, tão impactante historicamente como apontado nos tópicos anteriores, foi capaz de impedir as reformas econômicas e institucionais que acometeram a saúde (Abramzón, 1995; Belló; Becerril-Montekio, 2011).

Nesse sentido, as propostas do Banco Mundial para a saúde argentina, inseridas na chamada "ofensiva neoliberal", buscavam favorecer a focalização, a

privatização e a descentralização. Nota-se que, enquanto Machado (2018) enfatiza o resultado prático dessas reformas, como a introdução da lógica de mercado, o rompimento do vínculo por categoria profissional e a consequente expansão da medicina pré-paga, Belmartino (1995) evidencia o paradoxo inerente a esse processo: a aposta na competição de mercado, longe de significar um Estado ausente ou de confiar na autorregulação, exigiu, na verdade, um aprofundamento do compromisso organizador e regulador estatal, sobretudo no âmbito provincial. Para a autora, a livre competição entre prestadores, obrigatoriamente assegurada por essa regulação estatal, seria a condição para garantir eficácia e eficiência na prestação de serviços. Além disso, a proposta defendia ainda o acesso real aos serviços de primeiro nível de atenção, a coordenação das ações nas áreas de maior vulnerabilidade e a interação dos três subsectores (público, privado e seguridade social) em condições similares de qualidade. Contudo, as suposições otimistas do Banco Mundial não se confirmaram na prática: o discurso da "regulação estatal" não se traduziu em maior financiamento para o setor público, mas sim em sua progressiva residualização. Assim, ambas as perspectivas das autoras, embora com ênfases distintas, convergem ao reconhecer que as transformações do período Menem representaram uma ruptura com o pacto corporativo tradicional, ainda que sob novas bases de regulação estatal.

Como destacado anteriormente, paralelamente às transformações do subsistema das OS, o subsector privado

de saúde experimentou um crescimento expressivo. Como documenta Belmartino (1995), as empresas de medicina pré-paga reuniam-se em duas entidades empresariais: a CIMARA (Câmara de Instituições Médico-Assistenciais da República Argentina) e a ADEM (Associação de Entidades de Medicina Pré-Paga). A expansão desse segmento foi vertiginosa: em 1953, existia apenas uma empresa do setor; em 1978, o número chegou a 35; e, em 1991, já eram 79 instituições, contabilizando apenas as registradas nas câmaras. Dados das entidades de 1989 indicam que havia 79 organizações de medicina pré-paga na Capital Federal e 50 na Grande Buenos Aires, atendendo a 1.500.000 beneficiários. Para a totalidade do país, estimavam-se cerca de 240 entidades, com 2.500.000 beneficiários.

Foi justamente a partir dessa robustez estrutural, contudo, que o subsetor privado passou por uma redefinição significativa de seu papel durante o governo Menem. Conforme apontam Belló e Becerril-Montekio (2011), as empresas de medicina pré-paga ampliaram ainda mais sua presença no mercado, incorporando técnicas atuariais ⁵ para o cálculo de risco, o que representou um avanço parcial nas técnicas de gestão empresarial. Assim, essas empresas passaram a realizar campanhas agressivas em defesa da livre escolha dos trabalhadores, associando-a à qualidade da atenção

⁵ As técnicas atuariais para cálculo de risco são métodos estatísticos e matemáticos aplicados para medir a probabilidade e o impacto financeiro de eventos incertos (como morte, invalidez ou acidentes). Elas equilibram ativos e passivos, garantindo a solvência de seguros, planos de saúde e de previdência.

oferecida e à eficiência na administração dos recursos. Além disso, as organizações de pré-pagamento começaram a firmar contratos com as obras sociais, aproveitando-se das brechas na legislação que proibia expressamente a intermediação na contratação de atenção médica. No âmbito da seguridade social, as formas de cobertura se diversificaram, uma vez que em alguns contratos o "plus" foi eliminado, e o mecanismo de mercado tornou-se hegemônico.

No plano operacional, esse avanço das dinâmicas de mercado aprofundou-se no interior do próprio subsistema das obras sociais, provocando uma diferenciação interna que afetou drasticamente os vínculos entre as partes do sistema de saúde. A diferente capacidade de pagamento das entidades financiadoras e a diferenciação de custos e possibilidades de captação de demanda superaram o nível compatível com a manutenção de convênios globais. Muitos dirigentes de obras sociais assumiram abertamente o desafio de se converter em empresários, enquanto aqueles que controlavam entidades com número elevado de beneficiários passaram a contar com uma base importante para discutir convênios por capitação ⁶. Formaram-se Uniãos Transitórias de Empresas (UTES) para canalizar contratações fora dos âmbitos tradicionais, e acordos inéditos entre instituições do setor público,

⁶ Modelo de pagamento no qual a operadora paga ao prestador um valor fixo mensal por beneficiário cadastrado, independentemente da utilização do serviço. Essa dinâmica pode criar incentivos à contenção de custos por parte dos prestadores, o que, em determinadas circunstâncias, pode resultar na redução do tempo destinado às consultas ou na limitação da oferta de exames e tratamentos.

organizações sindicais e hospitais privados passaram a concorrer em grandes licitações. As corporações profissionais, por sua vez, desenvolveram novos instrumentos de gestão para adequar sua capacidade de oferta às novas exigências do mercado (Belmartino, 2005).

Em outros termos, o que ocorreu foi o aprofundamento e a reorientação das desigualdades já existentes, agora sob uma nova lógica de mercado. A "diferenciação interna", que já marcava o sistema desde sua origem, ganhou novos contornos: instituições com maior capacidade financeira passaram a ter ainda mais poder de negociação, enquanto as mais pobres, que já eram frágeis, viram sua posição relativa se deteriorar. Os "convênios globais", que antes garantiam algum padrão mínimo de atendimento, foram substituídos por contratos individualizados nos quais cada obra social negociava conforme seus próprios interesses, aprofundando a fragmentação. A "capitação", ao transferir o risco financeiro para os prestadores, acentuou a competição e a seletividade no acesso. As Uniões Transitórias de Empresas (UTES) surgiram como estratégia para que hospitais públicos e privados concorressem nas licitações, tornando ainda menos nítidas as fronteiras entre os subsetores.

No que diz respeito ao subsetor público no período Menem, Machado (2018) e Belló e Becerril-Montekio (2011) mostram que a descentralização já era uma realidade para parte importante dos serviços. Em 1993, avançou-se com a autorização para que os hospitais públicos se tornassem autônomos. Até 1999, mais de mil hospitais haviam aderido, embora com autonomia variável e dependência

dos recursos públicos. Em relação ao passado, percebe-se que essa medida não representou uma ruptura, mas sim o aprofundamento de uma trajetória institucional já consolidada em 1977, destacada anteriormente pela descentralização sem coordenação e pela fragmentação federativa. Ao mesmo tempo, o agravamento das condições sociais ampliou significativamente a demanda sobre o sistema público. A população pauperizada, expulsa do mercado de trabalho formal em função do aumento do trabalho informal (pago “por fora”) ou em serviços autônomos de baixa remuneração, perdeu a cobertura de seguridade social e passou a constituir a clientela majoritária dos hospitais públicos.

Diante desse quadro, Belmartino (1995) e Abramzón (1995) destacam três estratégias que predominaram na reconfiguração do setor público, processo também denominado na literatura de privatização periférica. A primeira refere-se à cobrança de taxas: tradicionalmente gratuitos e abertos a toda a população, os hospitais públicos passaram a generalizar a prática de contribuições voluntárias ou a aplicação de tabelas de preços que, teoricamente, só onerariam os que tivessem condições de pagar. A segunda estratégia envolveu a contratação do setor privado para incorporação de tecnologia, diante da falta de recursos de média e de alta complexidade, na qual se apresentaram duas alternativas: autorizar profissionais a instalar equipamentos no próprio hospital, com compromisso de atendimentos gratuitos, ou contratar serviços diretamente com instituições privadas quando a infraestrutura pública se mostrava insuficiente. A terceira estratégia foi a descentralização, que aprofundou a

transferência de hospitais nacionais para as províncias e municípios, um processo que remonta aos interesses do período peronista, na década de 1950. Com isso, o Ministério da Saúde deixou de administrar diretamente os serviços e, sem poder transferir recursos financeiros às províncias, passou a direcionar seu orçamento para programas prioritários. Dessa forma, os hospitais públicos passaram a ser concebidos como unidades capazes de gerar receita com a venda de serviços tanto para indivíduos com capacidade de pagamento quanto para operadoras de planos de saúde, direcionando a atenção gratuita aos setores de menor renda e sem cobertura de seguridade social (Belló; Becerril-Montekio, 2011).

Somam-se às consequências anteriores os desdobramentos das privatizações que, além de aprofundarem a residualização do serviço público, geraram ineficiência e baixa qualidade na prestação assistencial, afetando severamente a concentração de médicos e os seus salários. De acordo com Abramzón (1995), é justamente nesse período que ocorreu a diminuição generalizada da remuneração dos profissionais da saúde, a queda na qualificação profissional e a menor dedicação e investimento nas demais categorias profissionais, isto é, além dos médicos. Assim, os profissionais da saúde, sobretudo os médicos, tornaram-se atores fundamentais nesse período, uma vez que, condicionados pela estrutura, também procuraram alterá-la, de modo a assegurar suas próprias condições de subsistência.

Historicamente, a distribuição geográfica dos médicos sempre foi profundamente desigual, tanto entre

regiões quanto entre áreas urbanas e rurais. Dados do Censo Nacional de População de 1980 indicam que, dos cerca de 60 mil médicos então registrados, aproximadamente um quarto atuava no setor público, enquanto os demais se concentravam no setor privado e, entre estes, mais de 40% trabalhavam exclusivamente por conta própria (INDEC, 1980, apud Abramzón, 1995). Essa concentração desigual torna-se ainda mais evidente quando se observa a distribuição por província: entre 1991 e 1992, a Capital Federal apresentava uma relação de 113 habitantes por médico, enquanto em Chaco essa relação era de 629 habitantes por médico — uma diferença de aproximadamente 5,5 vezes. Outros dados relevantes revelam que, em 1992, de modo análogo, os psicólogos que somavam cerca de 32 mil profissionais, também se concentravam nos grandes centros urbanos, nos quais a disponibilidade de recursos permite o financiamento de tratamento particular. Cerca de três quartos desses profissionais estavam concentrados na Capital Federal e nas províncias de Buenos Aires, Santa Fé e Córdoba, sendo que a grande maioria exercia a profissão nesses dois campos (Abramzón, 1995). Esse padrão também pode ser visto entre os enfermeiros, pois entre os anos de 1990 e 1992, formaram-se apenas 800 enfermeiros, dos quais metade se concentrou na Capital Federal e na Província de Buenos Aires (Federación Argentina de Enfermería, 1992, apud Abramzón, 1995).

Esses dados selecionados buscam apenas ilustrar a concentração dos profissionais de saúde nos grandes centros urbanos, refletindo uma das faces da desigualdade estrutural do sistema de saúde argentino. Entre as

múltiplas causas, Abramzón (1995) aponta para a formação de curto alcance e pequeno impacto, sem grandes mudanças na estrutura das instituições de ensino formadoras, muito menos no vínculo das universidades com os serviços de saúde e com modelos de atendimento, resultando em uma grande dispersão de instituições e propostas na formação em Saúde Pública. Em outras palavras, essa situação explica-se, em grande medida, pelo fato de que as universidades onde os médicos se formam concentram-se nos grandes centros urbanos, com melhores oportunidades de inserção laboral, maior investimento e renda, perpetuando o ciclo de desigualdade regional. Assim, pode-se inferir que o governo argentino, historicamente negligente quanto aos interesses e condições básicas dos trabalhadores, não propôs uma ação planejada que atendesse às necessidades provinciais e nacionais, tampouco foi capaz de compreender a iniquidade dos subsistemas e promover mudanças estruturais. Nesse cenário, sobretudo a partir da década de 1990, o papel regulador do mercado assumiu importância fundamental, oferecendo as condições para a alocação dos trabalhadores no mercado de trabalho, mas sempre condicionando interesses que não coincidem com a equidade dentro do sistema de saúde, o que talvez explique a pouca uniformidade observada.

Em suma, a análise da trajetória do governo Menem, assim como o mapeamento das principais instituições e atores em um contexto de transformações, revela a consolidação de um novo paradigma para o setor de saúde argentino. As transformações nos três

subsetores (público, seguridade social e privado) romperam com o pacto corporativo herdado do peronismo, substituindo-o por uma lógica de mercado que, paradoxalmente, exigiu um aprofundamento da regulação estatal no âmbito provincial. O avanço da medicina pré-paga, a autonomização e a autarquização dos hospitais públicos sob uma lógica empresarial e a liberdade de escolha dos trabalhadores redesenharam o mapa institucional da saúde, aprofundando a fragmentação histórica sob novas bases. O maior impacto dessa descentralização, contudo, materializou-se a partir de 1992, com a transferência da responsabilidade financeira total pelos serviços de saúde e educação do nível central para as províncias (Menicucci, 2017). Como corolário dessa reforma, a nova dinâmica de arrecadação estruturou-se em torno do regime de coparticipação então vigente, mecanismo que subordinou os governos provinciais às pautas de contenção de gastos ditadas pelo governo central. É precisamente essa engenharia do federalismo fiscal e sua consequente asfixia financeira das províncias mais vulneráveis que constitui o objeto de análise do próximo subcapítulo, no qual o exame dos dados orçamentários evidencia empiricamente como a descentralização de recursos consolidou o fosso territorial do país.

1.4 Descentralização sem recursos: a coparticipação e as assimetrias regionais na saúde (1989–2000)

Antes de adentrarmos nos pormenores dos pressupostos da Coparticipação Federal de Impostos (CFI), é preciso ter em mente a complexidade do federalismo, cujos efeitos diferenciados sobre as políticas públicas dependem de sua configuração institucional e da trajetória percorrida. Como destacado anteriormente, a Argentina vivenciou, especialmente a partir da década de 1980, a descentralização de competências e a reconfiguração fiscal no âmbito da saúde. A partir desse período, a Constituição estabeleceu que o subsetor público e o da seguridade social (obras sociais provinciais) passaram a ser competência exclusiva das províncias, cabendo a elas a oferta e o custeio dos serviços, segundo critérios definidos por seus respectivos ministérios da saúde. Foi nesse contexto que a CFI emergiu como o principal mecanismo de transferência de recursos do governo central para as províncias, com o propósito declarado de redefinir as relações financeiras intergovernamentais e equilibrar as capacidades fiscais dos entes subnacionais (Porto, 2004).

Paradoxalmente, foi justamente no desenrolar das privatizações e da autarquização do sistema público de saúde que a CFI ganhou centralidade como instrumento de reestruturação do federalismo argentino. O regime de coparticipação, tal como previsto pela Constituição de 1994, deveria substituir a lei transitória nº 23.548, de 1988, por uma nova lei-convênio que estabelecesse critérios objetivos e solidários de distribuição. Segundo o

inciso 2 do artigo 75, a repartição dos recursos tributários (tanto os indiretos quanto os diretos) deveria pautar-se pelos princípios de equidade, solidariedade e, sobretudo, pela prioridade para alcançar um nível equivalente de desenvolvimento, qualidade de vida e igualdade de oportunidades em todo o território nacional (Garat, 2008; Hernández, 2008). Em outros termos, conforme explica Hernández (2008), tratou-se de uma "reforma transcendental", destinada a instituir um "federalismo cooperativo", de modo a romper com o caráter mais conflituoso da trajetória institucional argentina: a relação financeira entre Nação e províncias.

Entretanto, a despeito da magnitude do projeto constitucional, como registrou Frías (2008), esse mandato foi sistematicamente descumprido: o prazo máximo para a sanção da nova lei, fixado em 31 de dezembro de 1996 (Disposição Transitória Sexta), expirou sem que a lei definitiva fosse sancionada. Assim, o regime de 1988 permaneceu em vigor, sendo sucessivamente prorrogado por pactos fiscais extraconstitucionais que mantiveram a captação de recursos majoritariamente nas mãos do Tesouro Nacional, exatamente o oposto do que a reforma preconizava.

Soma-se às contradições anteriores a falta de coordenação e de definições legais claras, o que revela ausência de *accountability*, uma vez que não havia cotas mínimas que deveriam ser direcionadas para a saúde. Essa lógica de centralização com restrição orçamentária provincial persistiu para além do período analisado, como exemplifica a Lei de Financiamento Educativo (26.075), de 2006, que determinava uma parcela obrigatória do PIB

destinada à educação, com aproximadamente 60% da meta de gasto educacional a cargo das províncias. Esse exemplo evidencia a redução da liberdade orçamentária dos governos subnacionais, que passam a direcionar seus recursos para essa área específica (Asensio, 2008). Além disso, como demonstram os dados compilados por Bertaina (2008), nas províncias argentinas cerca de 50% do gasto total é absorvido por gastos com os salários de servidores públicos, o que compromete severamente a capacidade de investimento em saúde, educação e infraestrutura, sobretudo daquelas jurisdições que não possuem arrecadação própria suficiente para lidar com suas necessidades locais. A esse respeito, o mesmo autor afirma que a maioria das províncias arrecada menos de 10% de seus próprios recursos, dependendo fundamentalmente das transferências nacionais para cobrir o restante de suas despesas.

Tal quadro revela que a política constitucional, pautada no projeto federal de regionalização, integração, descentralização e fortalecimento da autonomia provincial, incluindo a da Cidade Autônoma de Buenos Aires e dos municípios, falhou em meio a um período que projetava cada vez mais autonomia para entes que, na prática, não dispunham das capacidades financeiras necessárias para lidar sozinhos com seus gastos (Hernández, 2008). Esse descompasso entre a promessa federativa e a realidade fiscal fica ainda mais claro quando se observa a evolução da concentração tributária, conforme assinala Asensio (2008), a participação do governo central na arrecadação total, antes da distribuição por coparticipação, passou de um patamar já elevado, superior a 82% em 2001, para

mais de 85% em 2006, sem considerar os municípios, o que aprofunda o desequilíbrio vertical em favor do Tesouro Nacional. Isso significa que, de modo mais simplificado, o governo central concentrava a maior parte da arrecadação tributária, e essa concentração aumentou no período analisado (2001–2006, pós-Menem), deixando as províncias com uma parcela cada vez menor da arrecadação fiscal.

A persistência das disparidades regionais na Argentina levanta uma questão central para a análise aqui desenvolvida: por que determinadas províncias conseguiram alcançar resultados melhores do que outras, mesmo inseridas em um mesmo contexto institucional e submetidas às mesmas diretrizes nacionais? Uma possível explicação reside nas diferenças de capacidade financeira entre as jurisdições, especialmente no que se refere à arrecadação própria e à disponibilidade de recursos para o financiamento das políticas de saúde, tendo em mente que as províncias já eram historicamente responsáveis pela maior parte do gasto em saúde, como demonstrado na trajetória de descentralização dos serviços públicos iniciada na década de 1980 e concretizada na década de 1990.

Para verificar essa hipótese, foram selecionados dois grupos provinciais: as cinco com os melhores indicadores de mortalidade infantil em 1989 (CABA, Buenos Aires, Córdoba, Santa Cruz e Neuquén) e as cinco com os piores indicadores no mesmo ano (Jujuy, La Rioja, San Luis, Corrientes e Chaco). A opção por esse recorte permite contrastar as extremidades do espectro de desigualdade

sanitária e investigar se as diferenças de capacidade financeira estão associadas aos desempenhos observados.

O contraste entre os dois grupos fica evidente já na análise da arrecadação própria. Na Tabela 1, observa-se que outras formas de arrecadação, além da tributária, também se somam para constituir parte importante das receitas totais das províncias com altas taxas de mortalidade infantil. Contudo, as assimetrias persistem, uma vez que nenhuma dessas províncias, com exceção de San Luis (30,1%), ultrapassa o patamar de 20% em recursos próprios totais:

Tabela 1 - Recursos Próprios Totais das Províncias com as Maiores Taxas de Mortalidade Infantil (% dos recursos totais da província): Argentina: (1995-1999).

Província	1995-1999 (1)
Chaco	17,7%
Jujuy	19,7%
La Rioja	9,4%
San Luis	30,1%
Corrientes	14,8%

Fonte: Elaboração própria com base em OPC (Oficina de Presupuesto del Congreso), *Relación fiscal entre Nación y Provincias*, 2019, p. 36, Tabela 4.

Nota: (1) O percentual expressa o peso dos recursos próprios totais (tributos + royalties + outras receitas não tributárias) na receita total de cada província, refletindo sua capacidade financeira ampliada.

Tabela 2 - Recursos Próprios Totais das Províncias com Menores Taxas de Mortalidade Infantil (% dos recursos totais da província): Argentina: (1995–1999).

Província	1995–1999 (1)
CABA	92,3%
Buenos Aires	57,3%
Córdoba	44,9%
Santa Cruz	48,5%
Neuquén	63,0%

Fonte: Elaboração própria com base em OPC (Oficina de Presupuesto del Congreso), *Relación fiscal entre Nación y Provincias*, 2019, p. 36, Tabela 4.

Nota: (1) O percentual expressa o peso dos recursos próprios totais (tributos + royalties + outras receitas não tributárias) na receita total de cada província, refletindo sua capacidade financeira ampliada.

Em contraste, a Tabela 2 revela que todas as províncias com baixas taxas de mortalidade infantil mantêm seus recursos próprios acima de 40%, com CABA alcançando 92,3%. Esse cenário confirma que as províncias mais vulneráveis dependem muito mais das transferências nacionais para compor seu orçamento, ao passo que as mais ricas possuem uma base financeira própria sólida, o que lhes confere maior autonomia para financiar as políticas públicas de saúde.

Diante da elevada dependência de transferências nacionais por parte das províncias com altas taxas de

mortalidade infantil, cabe verificar se a CFI efetivamente vigorou e atendeu aos pressupostos constitucionais de equidade, solidariedade e prioridade ao desenvolvimento equivalente (Hernández, 2008; Frias, 2008). As Tabelas 3 e 4 sistematizam as transferências automáticas recebidas por cada grupo, permitindo avaliar se o volume de recursos repassados pela Nação às províncias mais vulneráveis é suficiente para compensar sua débil base fiscal própria.

Tabela 3 - Transferências Federais via Coparticipação e Leis Especiais para as Províncias com as Menores Taxas de Mortalidade Infantil: Participação no PIB Nacional e Distribuição no Total de Transferências Automáticas (1993–1997)

Província	Transferência (% do PIB Nacional)	Participação no Total das Transferências (%) (1)
CABA	0,00%	0.00%
Buenos Aires	1,19%	24,55%
Córdoba	0,39%	7,96%
Santa Cruz	0,09%	1,79%
Neuquén	0,10%	1,97%

Fonte: Elaboração própria com base em OPC, DAP (División de Análisis Patrimonial) e E-SIDIF (Sistema Integrado de Información Financiera Internet).

Nota: (1) Refere-se à fatia proporcional que cada província recebeu do montante total de transferências automáticas federais repassadas no período.

Tabela 4 - Transferências Federais via Coparticipação e Leis Especiais para as Províncias com as Maiores Taxas de Mortalidade Infantil: Participação no PIB Nacional e Distribuição no Total de Transferências Automáticas (1993–1997)

Província	Transferência (% do PIB Nacional)	Participação no Total das Transferências (%) (1)
Chaco	0,21%	4,34%
Jujuy	0,14%	2,78%
La Rioja	0,10%	2,04%
San Luis	0,11%	2,29%
Corrientes	0,17%	3,56%

Fonte: Elaboração própria com base em OPC, DAP (División de Análisis Patrimonial) e E-SIDIF (Sistema Integrado de Información Financiera Internet)

Nota: (1) Refere-se à fatia proporcional que cada província recebeu do montante total de transferências automáticas federais repassadas no período.

Longe de se limitar a uma simples comparação entre valores absolutos, a análise das Tabelas 3 e 4 revela a distorção central do sistema de coparticipação. As províncias com maior capacidade de arrecadação própria (como Buenos Aires (57,3%), absorvem uma fatia desproporcional dos recursos: enquanto Buenos Aires concentrou 24,55% do total transferido, as cinco

províncias com piores indicadores sanitários receberam, juntas, apenas 15%. Em outros termos, uma única província recebeu quase o dobro do montante destinado ao conjunto das cinco jurisdições mais vulneráveis.

Esse padrão evidencia as limitações do caráter redistributivo e solidário do sistema de coparticipação. A aplicação prática dos princípios constitucionais de equidade permaneceu subordinada a arranjos extraconstitucionais, diante da não elaboração da nova lei-convênio prevista pela reforma de 1994. Se o mecanismo operasse sob critérios estritamente equalizadores, províncias com alta capacidade tributária e melhores condições de saúde cederiam maior espaço fiscal às jurisdições mais vulneráveis. Todavia, diante da ausência dessa diretriz, a distribuição dos recursos não contemplou critérios objetivos como a demanda real por serviços, neutralizando a eficácia do sistema como mecanismo nivelador das realidades subnacionais.

Nesse sentido, esperava-se que o sistema de coparticipação funcionasse como um mecanismo de compensação das desigualdades regionais. Entretanto, os dados sugerem que sua distribuição não foi capaz de reduzir de forma significativa as assimetrias financeiras entre as províncias.

A argumentação aqui desenvolvida encontra respaldo na literatura analisada: conforme apontam Porto e Sanguinetti (1996), o sistema manteve importantes distorções distributivas, enquanto Menicucci e Leandro (2023) destacam que a coparticipação constituiu a principal transferência intergovernamental do período,

embora tenha permanecido marcada pela ausência de critérios claros e pela utilização discricionária dos recursos. Assim, longe de promover plenamente os princípios de equidade e solidariedade previstos na reforma constitucional de 1994, esse arranjo fiscal mostrou-se incapaz de mitigar as assimetrias e de alterar substancialmente o quadro de desigualdades fiscais e sanitárias entre as províncias argentinas.

Embora a análise da coparticipação revele importantes assimetrias na distribuição dos recursos federais, resta compreender como essas desigualdades fiscais se refletem no esforço orçamentário de cada província. A Tabela 5 compara o gasto em saúde dos dois grupos ao longo do período, permitindo avaliar se a disponibilidade de recursos se traduziu em maior ou menor investimento na saúde pública.

Tabela 5 - Gasto em Saúde nos Dois Grupos de Províncias (1993–2000)

Grupo de províncias	% do orçamento em saúde (1993)	% do orçamento em saúde (2000)	Variação 93-00	Gasto médio anual (milhões US\$)
Melhores Indicadores	14,3%	13,3%	–8,3%	434,00
Piores Indicadores	9,8%	9,3%	–2,0%	63,00

Fonte: Elaboração própria com base em MACEIRA, Daniel. *Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino*. Buenos Aires: CEDES, 2002, Tabela 1 e 2.

Os dados da Tabela 5 revelam que as províncias com os piores indicadores sanitários não apenas arrecadam menos e recebem menos transferências, mas também destinam uma parcela menor de seu orçamento à saúde: 9,3%, contra 13,3% do grupo de maior capacidade fiscal. Em valores absolutos, o gasto médio anual do grupo de maior capacidade fiscal (US\$ 434 milhões) é quase sete vezes superior ao do grupo de menor capacidade fiscal (US\$ 63 milhões). Esse padrão sugere que a escassez de recursos limitou a capacidade das províncias mais vulneráveis de sustentar investimentos em saúde, o que ajuda a explicar a persistência do fosso sanitário.

Essa desigualdade no financiamento provincial é apenas uma das faces de um problema mais amplo. Os

dados da Tabela 6 revelam que, em 1993, cerca de 24% da população argentina (aproximadamente 8 milhões de pessoas) não possuía qualquer tipo de cobertura de saúde, dependendo exclusivamente do subsetor público. Esse contingente era composto, majoritariamente, pela população mais vulnerável das províncias com piores indicadores socioeconômicos e sanitários; as mesmas que, ao longo da década, apresentaram as maiores taxas de mortalidade infantil e a menor capacidade de gasto em saúde, como demonstrado ao longo deste subcapítulo. O setor público, portanto, atendia uma parcela expressiva da população pauperizada, mas sua participação no financiamento total do sistema era desproporcionalmente baixa, como se verifica nas Tabelas 6 e 7:

Tabela 6 - Cobertura de Saúde da População Argentina por Setor (1993)

Tipo de Cobertura de Saúde	População	%
Obras Sociais (ANSSAL, PAMI, provinciais, outras)	24.980.000	74,6
Planos de Saúde Privados (Pré-pagos)	3.000.000	9,0
Subtotal com cobertura bruta	27.950.000	83,6
Ajuste por dupla cobertura (1)	-2.515.500(1)	-7,6
Cobertura líquida total	25.434.500	76,0
Sem cobertura (2)	8.047.184	24,0
População total (1993)	33.481.684	100,0

Fonte: Elaboração própria com base em “El Sistema de Salud en Argentina”, Cuadernos de Economía nº 18, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, 1996, com base no Ministerio de Salud y Acción Social e PRESSAL (1994). Nota: (1) A dupla cobertura ocorre quando uma pessoa possui mais de um tipo de cobertura (ex: obra social e plano privado). O valor negativo ajusta essa sobreposição. (2) População dependente do subsetor público.

Tabela 7 - Gasto em Saúde (1993)

Sector	Gasto (bilhões US\$)	Participação (%)
Subsetor Privado (1)	7,70	41,9%
Seguridade Social (2)	6,68	36,3%
Subsetor Público (3)	4,00	21,8%
Total	18,37	100,0%

Fonte: Elaboração própria com base em “El Sistema de Salud en Argentina”, Cuaderno de Economía N° 18, Ministerio de Economía de la Provincia de Bs.As., agosto 1996 en base a Ministerio de Salud y Acción Social-Programa Reforma Sector Salud Diagnóstico Sector Salud en Argentina. Argentina MSAS. 1994.

Nota: (1). Incluem-se no subsetor privado os planos de medicina pré-paga, mutuais, pagamentos diretos por serviços médicos e gastos privados com medicamentos e assistência à saúde.

(2). O subsetor de seguridade social compreende as obras sociais nacionais e provinciais, o “Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados” (INSSJyP/PAMI) e demais entidades vinculadas ao sistema contributivo argentino.

(3). Incluem-se no subsetor público os gastos realizados pelo governo nacional, governos provinciais e governos municipais.

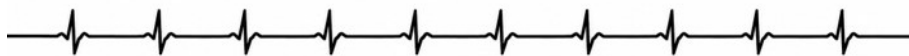
Por fim, a Tabela 7 permite visualizar que o subsetor público, embora fosse responsável pela atenção à população sem cobertura (a mais carente), respondia por apenas 21,8% do gasto total em saúde. Em contraste, embora os planos de saúde privados (pré-pagos) cobrissem apenas 9% da população, o gasto

privado total concentrava 41,9% do gasto total do sistema — o que inclui não apenas os dispêndios com planos pré-pagos e mútuas, mas também os pagamentos diretos por serviços médicos e a compra de medicamentos, evidenciando o elevado peso do desembolso direto das famílias na estrutura de financiamento da saúde argentina. As obras sociais (seguridade social), por sua vez, respondiam por 36,3% dos recursos. Essa estrutura de financiamento, já desigual em 1993, revela que a fragmentação do sistema de saúde argentino não era um fenômeno novo, mas um traço estrutural consolidado, como apontado na reconstrução da trajetória argentina. Ao longo do período analisado, a CFI e os mecanismos fiscais a ela associados não apenas deixaram de corrigir essa assimetria, como contribuíram para a perpetuação da segmentação do gasto, ao transferir às províncias responsabilidades crescentes sem a correspondente redistribuição de recursos.

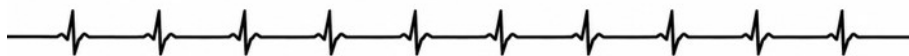
Em suma, os dados expostos aqui confirmam as nuances da análise institucional realizada no início deste capítulo. O subsetor público, historicamente marginalizado e debilitado frente às sucessivas reformas durante a trajetória institucional argentina, esteve longe de ver seu financiamento fortalecido pelas políticas neoliberais do governo Menem. Sob a promessa de que a “regulação estatal” e a eficiência via subsídios à demanda, preconizados pelo Banco Mundial, poderiam modernizar esse subsistema historicamente apartado, o que se observou foi o oposto. Nesse movimento iniciado na década de 1990, a iniquidade estrutural entre os subsetores

aprofundou-se, fragilizando o sistema público de saúde (responsável pelo atendimento da parcela majoritária e mais vulnerável da população), à medida que o subsetor privado expandiu sua presença e capacidade de captação de recursos, apropriando-se, inclusive, de espaços antes exclusivos da estrutura da seguridade social (OS).

Em última análise, a CFI, embora concebida como um mecanismo de fortalecimento federativo, falhou em cumprir critérios objetivos de repartição. Seu uso discricionário e a ausência de definições legais claras (Porto, 2004; Menicucci; Leandro, 2023) evidenciaram o descompasso entre a promessa constitucional de 1994 e a realidade fiscal das províncias. Ao transferir responsabilidades assistenciais sem o devido suporte financeiro, a nova arquitetura federativa não apenas deixou de corrigir as assimetrias territoriais, mas também, em articulação com o processo de autarquização dos hospitais públicos, perpetuou o ciclo de iniquidade sanitária que a reforma historicamente prometia romper.



CAPÍTULO 2



O BRASIL FRENTE À DESCENTRALIZAÇÃO: ONDE A POLÍTICA SE REALIZA? CAPACIDADES ESTATAIS E LINHA DE FRENTE NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE



O capítulo anterior abordou o problema das desigualdades regionais em saúde a partir de escalas distintas, porém complementares, a começar do caso argentino. O Capítulo 1 mostrou como um desenho federativo formalmente orientado à equidade – a Coparticipação Federal de Impostos argentina, prevista desde a reforma constitucional de 1994 – pode permanecer letra morta na ausência de mecanismos efetivos de coordenação e de critérios objetivos de repartição, perpetuando, por mais de uma década, o mesmo fosso regional que deveria corrigir.

Este capítulo parte da constatação de que o indicador nacional e o desenho federativo formal escondem mais do que revelam sobre o desempenho real de uma política de saúde, para investigar como essa mesma desconexão se manifesta entre formulação e efetividade parece quando observada não a partir de estatísticas agregadas ou de normas constitucionais, mas de dentro de um único território municipal. É com esse propósito que se examina, a seguir, o Programa Academia da Saúde (PAS) no município de Araraquara, São Paulo, não como um estudo de caso isolado, mas como o ponto em que a lente deste livro, até aqui voltada ao país e à região, se fecha sobre o polo, a rotina de trabalho e a burocracia de linha de frente em que a política pública, afinal, se realiza ou fracassa.

O Programa Academia da Saúde (PAS), instituído pela Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011, do Ministério da Saúde, e posteriormente redefinido pela Portaria nº 2.681/2013 e pela Portaria de Consolidação nº 5/2017, tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde e a prevenção de doenças por meio da implantação de polos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para a orientação de práticas corporais, atividade física, educação em saúde e incentivo a modos de vida saudáveis. Concebido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e articulado à Estratégia Saúde da Família, o programa expressa, na escala municipal, um dos vetores mais visíveis da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Em Araraquara, município que historicamente investe em políticas de saúde preventiva e possui rede de

Atenção Básica relativamente estruturada, o PAS assume relevância como estudo de caso para se compreender de que maneira variáveis institucionais – e não apenas orçamentárias – condicionam o desempenho de políticas de promoção da saúde. Esse recorte municipal dialoga, ainda, com um debate mais amplo da literatura sobre federalismo e capacidades estatais no Brasil: a descentralização consagrada pela Constituição de 1988 municipalizou a execução da atenção básica, mas não equalizou as capacidades técnicas, financeiras e políticas dos milhares de municípios brasileiros responsáveis por essa execução (Arretche, 2012; Abrucio, 2005). Investigar o PAS em um único município constitui, portanto, também uma forma de observar, em escala reduzida, um problema estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS), qual seja, a heterogeneidade da capacidade estatal subnacional.

A relevância do tema se justifica, ainda, pela relativa escassez de estudos que analisem o PAS a partir de uma perspectiva institucional e de implementação. Parte considerável da literatura disponível sobre o programa concentra-se em avaliações de efetividade sobre desfechos de saúde, como adesão, nível de atividade física, indicadores antropométricos, deixando pouco explorada a dimensão da governança, da capacidade estatal e dos arranjos de monitoramento que sustentam (ou fragilizam) a oferta desses resultados.

Contudo, desde já é importante mencionar que a eficácia do PAS depende de várias dimensões, incluindo o monitoramento e a avaliação de suas ações, além das capacidades estatais técnicas e políticas para sua implementação.

No presente capítulo, buscamos responder como o monitoramento, a avaliação e a eficácia do Programa Academia da Saúde em Araraquara estão relacionadas às capacidades estatais no contexto da promoção da saúde pública, por meio da consecução de alguns objetivos.

O objetivo deste capítulo é, portanto, analisar como essas dimensões – monitoramento, avaliação e capacidades estatais – interagem para garantir a qualidade e a sustentabilidade do programa, caracterizando os instrumentos de monitoramento empregados no polo estudado, identificando os componentes de capacidade técnica e política mobilizados em sua implementação e confrontando a percepção formal da gestão com a percepção de usuários e profissionais da ponta – assimetrias que, como se verá adiante, revelam-se centrais para compreender os limites do próprio instrumental avaliativo disponível.

Para isso, debruçamo-nos sobre um único polo do Programa Academia da Saúde, o do bairro Cruzeiro do Sul, em Araraquara/SP – escolhido por sua consolidação operacional e pela disponibilidade de gestores, profissionais e usuários para participar desta etapa exploratória da pesquisa. Trata-se, à luz da lógica de estudo de caso único proposta por Yin (2015), de uma amostra não probabilística, o que impõe limites claros à generalização estatística dos achados, ainda que estudos de caso, como destaca o autor, possam oferecer generalização analítica – o refinamento teórico de proposições sobre capacidades estatais e implementação de políticas de saúde a partir do exame aprofundado de

um único contexto, mesmo sem pretensão de representatividade amostral.

A leitura que se segue apoia-se em duas fontes complementares, quais sejam, a análise de documentos institucionais – portarias do Ministério da Saúde, registros e relatórios de gestão do polo –; e a observação não participante das atividades desenvolvidas, realizada em visita *in loco*.

Os participantes foram informados sobre a natureza acadêmica da observação das atividades desenvolvidas e sobre o caráter voluntário e não identificado de sua participação, não tendo sido coletado nenhum dado pessoal sensível; os relatos que seguem são tratados de forma agregada e anônima.

É preciso reconhecer, desde já, os limites desse desenho, pois se trata de um estudo de caso único, com amostra não probabilística e reduzida, utilizando-se de instrumentos de coleta de natureza exploratória – o que restringe a possibilidade de inferências causais e recomenda cautela na extrapolação do que segue para outros polos do PAS, mesmo dentro do próprio município de Araraquara.

2.1 Capacidades Estatais, Monitoramento e Promoção da Saúde: Fundamentos para uma Leitura Institucional do PAS

As capacidades estatais referem-se à habilidade do Estado em implementar políticas e cumprir objetivos coletivos. Contudo, antes de se chegar ao que se conhece

por capacidades estatais, é importante destacar o contexto da relação entre Estado e sociedade, culminando no conceito de governança pública.

Assim, tal contexto se desloca da sociedade industrial para a sociedade do conhecimento; do Estado como provedor direto para o Estado promotor e regulador; do Estado burocrático para o Estado gerencial; e, por fim, do controle para o comprometimento.

A governança, portanto, relaciona-se com a capacidade de gerar respostas administrativas às demandas sociais que se apresentam, de modo a se observar, na prática, a competência técnica e a agilidade dos administradores públicos. Certamente, a “última fase” da relação entre Estado e sociedade traz uma consequência condizente com os dias atuais: deve-se governar com e não para a sociedade.

Essa mudança de paradigma dialoga diretamente com a lógica da coordenação federativa: governar com a sociedade pressupõe, também, governar em conjunto com os demais entes federados, na busca por uma finalidade comum que nenhuma esfera de governo alcança isoladamente – o que remete, por sua vez, à própria participação social efetiva prevista pela Constituição Federal de 1988, que não se limita a mecanismos formais de consulta, mas convoca o cidadão, e o município, a integrar ativamente a construção da política pública.

Por outro lado, evidentemente, a sociedade exerce papel crucial em meio à governança, já que esta se sujeita ao chamado controle social, quando, por exemplo, se

institui ouvidoria em órgãos públicos ou se convocam audiências públicas.

A governança pode ser entendida, também, como um receituário de boas práticas governamentais e de instituições da sociedade civil. Na escala local, essa lógica assume um caráter descentralizado: em vez de emanar de um comando único, a coordenação nasce da interação horizontal entre múltiplos atores – do poder público a associações, empresas e demais organizações da sociedade civil –, que se articulam em rede independentemente de haver ou não uma instância estatal coordenando diretamente o processo (Kissler; Heidemann, 2006, p. 482).

Frise-se, portanto, a inegável relação entre governança e capacidades estatais dentro do contexto das transformações do Estado, uma vez que os governantes passaram a compreender a necessidade de atentar às boas práticas, ou seja, às responsabilidades inerentes à boa execução da política.

Antes, porém, de se avançar sobre a formulação contemporânea do conceito, cabe recuperar sua genealogia na Ciência Política comparada. É na obra organizada por Skocpol, Evans e Rueschemeyer (1985), *Bringing the State Back In*, que o Estado deixa de ser tratado como mera arena de disputa de interesses sociais e passa a ser reconhecido como ator dotado de autonomia e de capacidade próprias, capazes de moldar – e não apenas de refletir – as demandas da sociedade (Skocpol, 1985).

Esse deslocamento analítico, do enfoque centrado na sociedade para o enfoque centrado no Estado, é o solo sobre o qual Evans (1995) constrói sua noção de autonomia inserida (*embedded autonomy*), em que a capacidade estatal não resultaria de um Estado isolado e todo-poderoso, tampouco de um Estado inteiramente capturado por interesses particulares, mas da combinação entre coesão burocrática interna – corpo técnico competente, meritocrático e estável – e vínculos densos de cooperação com atores sociais e econômicos relevantes para a política em questão.

O conceito de capacidades estatais há muito vem sendo discutido por diversos autores das Ciências Sociais, e sua acepção mais ampla remete, fundamentalmente, à capacidade do Estado de criar e sustentar a ordem dentro de seu território – o que pressupõe, na prática, controlar o uso legítimo da força, garantir a arrecadação necessária ao funcionamento do aparato público e assegurar o funcionamento de um sistema de justiça (Pires; Gomide, 2016, p. 123).

Capacidades estatais podem ser entendidas, nesse sentido, como a combinação de recursos técnicos e humanos que possibilitam a implementação eficaz de políticas (Evans, 1995). Essas capacidades são divididas, objetivamente, em capacidades técnicas e capacidades políticas.

Dessa maneira, entende-se por capacidades técnicas aquelas relacionadas à competência profissional, à infraestrutura e aos recursos disponíveis. A infraestrutura adequada e a formação técnica dos

profissionais do PAS, por exemplo, são elementos-chave para assegurar a entrega de serviços de qualidade.

Logo, pode-se afirmar que os elementos definidores de uma alta capacidade técnica são a existência de burocracias competentes e com recursos disponíveis, combinada com mecanismos de coordenação e de monitoramento (Pires; Gomide, 2016). Além disso, atualmente é parte operante de qualquer governo a instituição de mecanismos de *accountability*.

A gestão eficiente de recursos públicos é, nesse sentido, condição para fortalecer a capacidade estatal, especialmente em áreas como a saúde (Bresser-Pereira, 1996). Esse conceito fundamenta a ideia de que programas como o PAS dependem da coordenação efetiva entre os níveis administrativo, político e operacional, fomentando ferramentas de transparência relacionadas aos recursos gerenciados.

Já as capacidades políticas estão ligadas à coordenação entre atores, ao apoio político e à articulação intersetorial (Grindle, 1997). No contexto do PAS, por exemplo, pode-se afirmar que a articulação política é necessária para garantir a alocação de recursos e a sustentabilidade do programa.

Assim, observa-se que essa ideia se relaciona com as habilidades da burocracia do Executivo para expandir os canais de interlocução, negociar com os diversos atores sociais, processar conflitos e prevenir a captura por interesses específicos (Lotta; Vaz, 2015).

Para compreender melhor as capacidades estatais, é imprescindível abordar a conceituação de arranjos

institucionais, entendidos como o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam atores e interesses na implementação de uma política pública específica.

Logo, são os arranjos que determinam, em boa medida, a capacidade do Estado de implementar políticas públicas. Isso porque neles se expressam a participação, a representação, os controles e a burocracia em si, todos alinhados às capacidades técnicas ou políticas, tendo em vista o resultado da política proposta.

Três grandes movimentos recentes convergem, nesse sentido, para a relação entre arranjos institucionais e capacidades estatais (Lotta; Vaz, 2015), quais sejam: a) necessidade de otimização do uso de recursos públicos; b) demanda pela ampliação da oferta de serviços públicos; e c) pressões por mais transparência e participação social.

Portanto, em casos como o objeto do presente estudo – o Programa Academia da Saúde (PAS) –, tem-se que grande parte da provisão dos serviços de saúde passou a ser de responsabilidade dos municípios, ao encontro da corrente de autores e pesquisadores que defendem a descentralização das políticas públicas como principal eixo da reforma do Estado (Lotta, 2015).

Entretanto, o Brasil, país de dimensões continentais e desigualdades evidentes por todos os cantos, também reflete diferentes capacidades financeiras, técnicas e institucionais entre os municípios. Essa heterogeneidade subnacional não é acidental: como demonstra Arretche (2012), o desenho federativo brasileiro pós-1988 combinou descentralização de encargos com forte regulação e

indução federal via normas e repasses condicionados, de modo que a autonomia municipal na execução convive com desigualdades persistentes de capacidade para efetivamente executar o que foi descentralizado. Nesse mesmo sentido, é necessário atentar para mecanismos de coordenação federativa capazes de mitigar – sem eliminar – essas assimetrias entre entes (Abrucio, 2005).

Por isso, muitas vezes programas de mesmo desenho normativo, implantados em diferentes localidades, produzem resultados diversos quanto às capacidades estatais mobilizadas, sobretudo quando se pensa em intersetorialidade, de modo que a dimensão territorial se torna um grande óbice e, eventualmente, fragiliza uma política pública.

Algumas variáveis, nesse sentido, ajudam a explicar por que arranjos institucionais voltados a um mesmo propósito produzem dinâmicas tão diferentes entre si. Um exame mais cuidadoso desses arranjos revela uma diversidade importante por trás do objetivo comum: cada um deles resolve à sua maneira questões como o grau de articulação com a sociedade civil, a divisão de responsabilidades entre os entes federativos, os modelos de gestão adotados, o peso dado à intersetorialidade e a forma como os territórios entram na equação do desenvolvimento (Lotta; Favareto, 2016, p. 50).

Dessa maneira, é certo que a literatura, de um modo geral, aduz que a capacidade estatal é uma das características definidoras de qualquer sistema político, pois este depende da existência de vários tipos de capacidades que, embora distintas, são interdependentes.

O mais importante a se compreender e ter em mente é que, no momento da formação da agenda, já se definem – ainda que informalmente – os contornos das capacidades estatais que serão mobilizadas.

E isso é extremamente compreensível no caso do PAS, tendo em vista se tratar de um programa de política pública de saúde implementado e gerenciado pelos municípios, de modo que, em cada região, extraem-se resultados diversos. Contudo, é praticamente unânime na literatura a reflexão sobre a dificuldade de mensuração desse tipo de programa, sobretudo pela dificuldade de acesso a dados confiáveis e comparáveis entre municípios.

Um último componente merece destaque nesta seção teórica. Se a literatura clássica sobre burocracia de nível de rua (Lipsky, 1980) já indicava que a capacidade estatal formalmente desenhada não se confunde com a capacidade efetivamente exercida na ponta, é possível avançar essa distinção de um “o quê” para um “porquê” (Oliveira, 2012): desloca-se o foco daquilo que o burocrata da ponta consegue fazer para as razões pelas quais ele escolhe seguir – ou ignorar – as diretrizes formuladas nas instâncias superiores.

Nesse deslocamento, quatro elementos revelam-se particularmente relevantes para a análise do PAS. Primeiro, o papel dos supervisores imediatos, frequentemente negligenciado pela literatura, que administram uma relação de dependência mútua e conflituosa com a equipe de ponta, podendo tanto conter quanto referendar sua discricionariedade. Segundo, a crise de legitimidade que se instala quando os agentes

percebem as normas formuladas pelas instâncias superiores como distantes da realidade operacional e, a partir dessa percepção, sentem-se moralmente autorizados a relativizá-las em nome da eficiência concreta do serviço. Terceiro, o paradoxo entre *accountability*, responsividade e equidade: diante de demandas locais urgentes, o agente pode privilegiar a responsividade em detrimento dos objetivos formais do programa ou do tratamento equânime dos usuários, numa escolha que, em serviços de resultado difícil de mensurar, acaba recaindo sobre a consciência individual do próprio agente. Por fim, o caráter de “cliente involuntário” dos usuários de serviços públicos como a saúde retira dos gestores o sinal de mercado que, em outros contextos, alertaria para a insatisfação – o que permite que práticas inadequadas se perpetuem sem que a organização as perceba, salvo quando existem mecanismos de denúncia ativos (Oliveira, 2012).

Portanto, conclui-se, a partir dos conceitos relacionados às capacidades estatais (técnicas e políticas) e levando em consideração o objeto do presente estudo, que o sucesso ou o insucesso de uma política pública é a soma de diversos fatores – nível de burocracia, recurso financeiro, recurso político, popularidade, entre outros –, sem que nenhum deles, isoladamente, seja suficiente para explicar o desempenho observado.

2.2 Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas

Monitorar e avaliar políticas públicas são processos fundamentais para garantir a qualidade dos serviços, já que o monitoramento permite identificar gargalos operacionais, enquanto a avaliação mensura os impactos e a eficácia das políticas (Grindle, 1997). Em programas de saúde, a utilização de indicadores objetivos é essencial para alinhar resultados esperados e alcançados.

Convém entender a avaliação, antes de mais nada, pelo que ela não é: um substituto para o julgamento subjetivo que necessariamente acompanha qualquer tomada de decisão em política pública. Sua contribuição é outra -- qualificar esse julgamento com informação mais consistente sobre o que um programa efetivamente produziu, de modo que gestores possam prestar contas com mais solidez e ajustar tanto o desenho quanto a execução futura da política (Ala-Harja; Helgason, 2000, p. 5).

Contudo, é interessante mencionar que não há consenso quanto ao que seja avaliação, de modo que existem diversos conceitos que levam ao mesmo entendimento e outros que, curiosamente, são contraditórios. Isso acontece porque não existe um território disciplinar único responsável pela avaliação, já que economistas, formuladores de políticas, estatísticos, sociólogos e psicólogos, entre outros, reivindicam a área a partir de instituições, questões e públicos-alvo muito distintos entre si (Ala-Harja; Helgason, 2000, p. 7).

Há, ademais, uma historicidade relacionada à dificuldade de se utilizar apropriadamente o resultado das avaliações (Ala-Harja; Helgason, 2000). Isso porque, historicamente, as avaliações representam um universo de muitas promessas que não chegam a se concretizar, podendo ser encaradas, atualmente, como um modismo que gera intensa burocracia e poucos resultados (Ala-Harja; Helgason, 2000).

Entretanto, os argumentos supramencionados são relativizados quando, de fato, os gestores compreendem a importância da avaliação, somada às transformações do Estado – sobretudo no que diz respeito ao fomento da accountability. Quando bem integrada a uma estrutura mais ampla de gestão de desempenho, a avaliação tem potencial para deixar o setor público mais eficiente, reforçando – e não substituindo – os mecanismos já existentes de mensuração, monitoramento e auditoria. O ganho real, porém, depende de dois fatores, quais sejam, expectativas realistas sobre o que a avaliação pode entregar, e disposição para usar seus resultados de forma pragmática, o que abre caminho para governos mais responsivos e mais bem preparados para prestar contas (Ala-Harja; Helgason, 2000, p. 6).

Logo, pode-se afirmar que avaliar implica o ato de medir, descrever e julgar o valor de uma iniciativa com vistas a produzir aprendizagens, constituindo a última etapa do ciclo das políticas públicas.

Cabe, aqui, uma precisão conceitual adicional. A literatura de avaliação costuma distinguir, ao menos, quatro modalidades não excludentes entre si, a avaliação

ex ante, voltada ao desenho e à viabilidade de uma política antes de sua implantação; a avaliação de processo (ou de implementação), centrada em verificar se as atividades previstas estão de fato sendo executadas conforme planejado; a avaliação de resultados, voltada aos produtos imediatos de uma intervenção (por exemplo, número de usuários atendidos); e a avaliação de impacto, que busca atribuir causalmente mudanças em desfechos finalísticos – no caso do PAS, indicadores de saúde da população – à intervenção realizada (Cohen; Franco, 2013; Draibe, 2001).

Essa distinção é relevante para o presente estudo porque, como se verá adiante, os instrumentos de monitoramento efetivamente empregados no polo pesquisado se aproximam muito mais de uma lógica de avaliação de processo (registro de frequência, adesão, satisfação) do que de uma avaliação de impacto sobre desfechos de saúde propriamente ditos – o que tem implicações diretas sobre o que pode, e o que não pode, ser legitimamente concluído a partir desses dados.

Por sua vez, o monitoramento se relaciona ao acompanhamento de algo para saber se seu desenvolvimento ou crescimento está se dando conforme esperado. Logo, não possui um momento específico – como a avaliação, enquanto última etapa do ciclo de uma política pública –, mas pode ser realizado em qualquer momento durante a execução do programa.

Isso porque o monitoramento permite ao gestor perceber se aquilo que foi planejado está sendo realizado, se está alcançando os resultados esperados ou, mesmo, se

está contribuindo para as transformações desejadas. Além disso, o monitoramento serve para favorecer correções, evitar erros, desvios e desperdícios, garantindo transparência aos processos.

De maneira sucinta e didática, o monitoramento se dá por meio de passos metodológicos e perguntas orientadoras. Por exemplo, no caso do PAS, utilizando-se a metodologia de Jannuzzi, deve-se pontuar: O que deve ser monitorado? Qual a unidade de monitoramento? Qual o escopo do monitoramento? Quais as fontes e a periodicidade dos dados de monitoramento?

Dessa forma, verifica-se que, a partir de um monitoramento bem feito, os resultados se transformam em indicadores, os quais atestam o compromisso com a transparência e a responsabilização da política pública, criando oportunidades de aprimoramento da gestão de programas.

No contexto do PAS, instrumentos de monitoramento, como relatórios de desempenho e indicadores de adesão, desempenham papel central na avaliação da eficácia das atividades oferecidas. Isso está alinhado à perspectiva de que o uso de dados consistentes e atualizados é essencial para identificar lacunas e propor melhorias – condição que, todavia, pressupõe rotinas de manutenção e depuração da própria base de dados, tema ao qual se retornará na discussão dos resultados.

De fato, verifica-se que os conceitos de monitoramento e avaliação são distintos, muito embora, na prática, ainda exista confusão por parte de alguns burocratas da linha de frente. Entretanto, mesmo diante

dessa distinção conceitual, a reflexão inicial sobre uma política converge para algumas perguntas: Que resultados foram alcançados? O recurso público arrecadado por meio de impostos foi bem utilizado? A população está tendo seus direitos garantidos? Por que o agendamento de uma consulta no ambulatório leva tanto tempo?

Ou seja, monitorar e avaliar são maneiras de aprender coletivamente e, em última instância, de favorecer o desenvolvimento de cada cidadão e da sociedade como um todo.

2.3 Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde

O campo da promoção da saúde tem um marco fundacional na Carta de Ottawa, resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde em 1986. O documento define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo, deslocando o foco de intervenções centradas exclusivamente na doença para intervenções voltadas aos determinantes mais amplos do bem-estar (World Health Organization, 1986).

No Brasil, esse deslocamento paradigmático pode ser sistematizado pelo contraste entre o modelo preventivista clássico – centrado na educação sanitária e na mudança de comportamentos individuais de risco – e o modelo de promoção da saúde propriamente dito (Buss, 2000), que enfatiza o empoderamento de

indivíduos e comunidades, a intersetorialidade e a atuação sobre condicionantes sociais, econômicos e ambientais do processo saúde-doença. É nessa chave conceitual mais ampla que o PAS deve ser lido, ou seja, não como um simples programa de incentivo ao exercício físico individual, mas como uma estratégia que articula prática corporal, educação em saúde e produção de território saudável.

A promoção da saúde deve considerar, além disso, os determinantes sociais, como condições de vida, acesso à saúde e práticas culturais (Dahlgren; Whitehead, 1991). Esses fatores estão diretamente ligados à implementação local do PAS em Araraquara.

Vale, ademais, uma ressalva sobre o uso dos indicadores sociais no Brasil, sobretudo em políticas de saúde. Muitas vezes, alguns indicadores podem apontar sucesso ou insucesso, mas é preciso ter em mente que os indicadores apenas indicam, ou seja, não substituem a situação original. Uma medida construída para avaliar as condições de saúde de uma população a partir da oferta de serviços ou de recursos humanos, por exemplo, teria sua validade comprometida, tendo em vista que um coeficiente maior de médicos por mil habitantes, ou uma taxa mais alta de consultas por habitante, pode ser antes um sinal de que as condições de saúde da população são graves a ponto de exigir maior esforço de alocação de recursos, retratando, assim, mais as condições de oferta de serviços do que as condições de saúde propriamente ditas. Para esse segundo conceito, indicadores de “falta de saúde”, como, por exemplo, as taxas de morbidade, de

mortalidade infantil ou de mortalidade por causas específicas, seriam certamente mais válidas (Jannuzzi, 2002, p. 57).

Essa ressalva de Jannuzzi (2002) é particularmente pertinente ao PAS, já que indicadores de adesão e de frequência aos polos – os mais disponíveis na prática municipal – informam sobre a oferta e a procura pelo serviço, mas dizem pouco, isoladamente, sobre mudanças efetivas nas condições de saúde da população atendida. Trata-se de uma limitação a ser considerada tanto pelos gestores quanto pelos pesquisadores que se debruçam sobre a avaliação do programa.

Por fim, destaca-se que a promoção da saúde é uma responsabilidade estatal, de modo que os indicadores sociais, sobretudo no contexto do PAS, auxiliam a governança pública a melhor implementar, monitorar e avaliar uma política voltada à promoção da saúde.

Por fim, cabe situar o PAS dentro da arquitetura mais ampla de organização do cuidado no SUS. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem ser descritas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado (Mendes, 2011). Nessa arquitetura, a Atenção Primária à Saúde ocupa o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, e é justamente nesse ponto que o PAS se insere, como dispositivo de produção de saúde vinculado à Atenção Básica, capaz de agir tanto sobre a promoção quanto sobre a prevenção, em complementaridade com

a Estratégia Saúde da Família e com as ações de Vigilância em Saúde.

Entretanto, essa inserção normativa e conceitual do PAS na RAS não elimina o desafio federativo já apontado, ou seja, a execução do programa depende primordialmente da capacidade municipal, ao passo que sua concepção, seu financiamento indutor e suas diretrizes técnicas permanecem centralizados no plano federal (Portaria de Consolidação nº 5/2017).

Esse desenho de política pública – indução federal com execução municipal descentralizada – reproduz, em menor escala, o padrão mais geral de relações intergovernamentais do SUS, no qual a efetividade de uma política nacional depende, em última instância, das capacidades estatais desigualmente distribuídas entre os entes federativos que a executam (Arretche, 2012).

2.4 O Polo Cruzeiro do Sul em Araraquara, SP:

A documentação institucional consultada confirma que o PAS foi inserido no âmbito da Atenção Primária à Saúde e concebido na perspectiva de assistência à saúde, atuando como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado – o que pressupõe, para sua implantação, locais dotados de infraestrutura específica, equipamentos e profissionais qualificados, que são os chamados polos, estabelecimentos sob gestão das secretarias municipais e distritais de saúde, cabendo às secretarias estaduais apoiar sua implantação e seu desenvolvimento, bem como promover articulação intersetorial e pactuar instrumentos de monitoramento.

No polo do Cruzeiro do Sul, encontramos disponibilidade de infraestrutura física adequada e profissionais com formação compatível com as atividades oferecidas – consistente, portanto, com a exigência normativa federal quanto à qualificação do quadro de pessoal (Portaria nº 719/2011). Se a capacidade técnica de um programa de saúde depende, como sugere a literatura sobre capacidades estatais, da existência de burocracias competentes e providas de recursos (Pires; Gomide, 2016), esse primeiro exame documental e observacional aponta para uma resposta afirmativa.

O mesmo se pode dizer da capacidade política. As diretrizes do PAS são elaboradas pelo Ministério da Saúde, que define recursos orçamentários e estimula pesquisas na área, cabendo-lhe também apoiar os estados na implantação dos polos e elaborar os instrumentos de acompanhamento nacional. O artigo 7º da Portaria de Consolidação nº 5/2017 estabelece os eixos de ação a serem desenvolvidos – práticas corporais, produção do cuidado, alimentação saudável, práticas integrativas, práticas artísticas e culturais, educação em saúde, planejamento e gestão, mobilização comunitária –, e o polo do Cruzeiro do Sul mostrou-se, ao longo da visita, alinhado a essas metas, sobretudo ao confirmar que as ações ali ofertadas buscam complementar o cuidado integral e que se articulam com a Estratégia Saúde da Família, com as equipes multiprofissionais e com a Vigilância em Saúde.

A gestão municipal relatou apoio político consistente ao programa, refletido na manutenção orçamentária e na priorização institucional do PAS como política bem-sucedida, o que confirma, no caso do PAS, a tese de Evans

(1995) de que capacidade estatal efetiva resulta da combinação entre competência técnica interna e vínculos de cooperação externos, e não de apenas uma dessas dimensões isoladamente.

Foi no exame do sistema de monitoramento, porém, que a pesquisa de campo revelou uma fragilidade que a leitura dos documentos teria dificilmente capturado de maneira isolada. Isso porque o sistema de informação alimentado com dados de usuários e profissionais não passa por rotinas regulares de atualização e exclusão de registros, caracterizando-se, assim, como uma falha operacional que compromete a qualidade da base sobre a qual se apoiam os indicadores de adesão do programa.

Com efeito, nem sempre constatamos que os gestores de alto escalão priorizam a resolução de problemas apontados pelo próprio monitoramento, e o achado é revelador, já que evidencia uma dissociação entre dois planos distintos de capacidade estatal. De um lado, a percepção – verificada tanto pela gestão do polo estudado, quanto segundo informações obtidas em outros polos do município – de que a capacidade técnica e política do PAS em Araraquara é alta, na medida em que os problemas identificados não são vistos, pela própria gestão, como impeditivos ao sucesso do programa. De outro, um problema concreto de gestão da informação que, embora não apontado espontaneamente como crítico, compromete a confiabilidade dos próprios dados que sustentam essa avaliação favorável.

A nosso ver, essa fragilidade não decorre de negligência pontual, mas de uma combinação entre

cultura organizacional e restrição de recursos: a atualização de registros compete, no cotidiano do polo, com uma infraestrutura financeira limitada, destinada prioritariamente às atividades-fim do programa, o que relega a gestão da informação a um segundo plano quase estrutural.

Essa dissociação ganha sentido à luz da distinção proposta por Lipsky (1980) entre a política formalmente desenhada e a política efetivamente entregue pelos burocratas de nível de rua. É plausível que a avaliação favorável emitida pela gestão estratégica reflita, em boa medida, o próprio desenho dos instrumentos de monitoramento disponíveis: indicadores de processo e de adesão, e não de impacto (Cohen; Franco, 2013; Draibe, 2001), tendem a não capturar problemas que ocorrem no plano operacional, precisamente porque esse plano é o que menos aparece nos relatórios que chegam ao alto escalão.

Quanto mais um sistema de monitoramento se concentra em indicadores de processo, maior a probabilidade de que fragilidades como essa permaneçam invisíveis à avaliação formal, ainda que perceptíveis a quem, como nós, entrou em contato direto com a rotina do polo. Capacidade estatal “alta”, tal como percebida e relatada pela gestão, não é necessariamente incompatível com a existência de problemas pontuais na ponta da execução; o que está em jogo é a capacidade do próprio sistema de monitoramento de captar esses problemas antes que se tornem mais graves.

Há, porém, uma chave explicativa ainda mais fina para esse achado (Oliveira, 2012). Não se trata apenas

de um sistema de monitoramento estruturalmente incapaz de captar problemas operacionais, mas de uma possível ausência de legitimidade percebida, por parte dos próprios agentes, da rotina formal de atualização de registros – procedimento que, aos olhos de quem lida diariamente com o atendimento ao usuário, pode ser lido como uma exigência burocrática desconectada da eficácia real do serviço.

Some-se a isso o fato de que os usuários do PAS, como de resto os do SUS em geral, são clientes majoritariamente involuntários, pois não dispõem de alternativa de saída caso o serviço falhe, o que retira da gestão do polo o sinal de mercado que, em outro contexto, sinalizaria o problema antes que ele se tornasse crônico.

Legitimidade normativa fragilizada na ponta somada à ausência de um mecanismo de retroalimentação pela via da insatisfação do usuário ajudam a explicar por que uma fragilidade concreta de gestão da informação pôde conviver, por tempo indeterminado, com uma avaliação predominantemente favorável da gestão estratégica.

Essa avaliação favorável, é preciso dizer, não veio apenas do lado da gestão. Os relatos de usuários e profissionais e a observação *in loco* colhidos no polo foram majoritariamente positivos, com poucas sugestões de aprimoramento – a mais recorrente delas relacionada à ampliação da oferta de horários.

A efetividade percebida do PAS no polo estudado resulta, aparentemente, da combinação entre infraestrutura adequada, capacitação profissional e articulação política entre os níveis de governo – sem que,

todavia, essa percepção favorável seja necessariamente sustentada por evidências robustas de impacto sobre desfechos de saúde, dada a natureza predominantemente processual dos indicadores hoje disponíveis.

As percepções dos usuários destacam, além disso, que a eficácia do programa está vinculada à sua adaptabilidade às necessidades locais, o que reflete a relevância dos determinantes sociais na promoção da saúde (Dahlgren; Whitehead, 1991) e dialoga com a concepção ampliada de promoção da saúde da Carta de Ottawa, sistematizada, no Brasil, por Buss (2000).

Dessa maneira, a demanda recorrente por mais horários pode ser lida, nesse sentido, não apenas como um ajuste operacional pontual, mas como expressão de um princípio mais amplo de participação social na conformação da oferta de serviços de promoção da saúde, o que remete de volta à própria capacidade política discutida linhas atrás.

Cabe, por fim, situar esses achados no debate federativo mais amplo do SUS. Se o desenho normativo do PAS é uniforme em todo o território nacional, sua efetividade concreta depende das capacidades estatais municipais mobilizadas para implementá-lo (Arretche, 2012; Abrucio, 2005). O caso de Araraquara – aparentemente bem-sucedido do ponto de vista da percepção dos atores locais, mas com fragilidades pontuais de gestão da informação – ilustra como mesmo municípios com capacidade estatal relativamente consolidada não estão isentos de problemas de implementação, reforçando a necessidade de instrumentos

de monitoramento mais sensíveis ao plano operacional, e não apenas ao plano gerencial-estratégico da política.

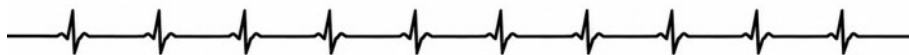
Reunindo essas peças, o quadro que emerge do polo de Araraquara é o de um programa em que a articulação entre capacidades técnicas e políticas sustenta boa parte do seu funcionamento, mas cuja melhoria efetiva depende de um monitoramento capaz de enxergar além dos indicadores de processo e adesão – capaz, sobretudo, de captar fragilidades operacionais como a desatualização da base de dados aqui identificada, que tendem a passar despercebidas pela gestão estratégica.

A julgar por esse conjunto de achados, integrar educação, participação social e atividades preventivas segue sendo o caminho mais consistente para fortalecer a atenção primária e prevenir doenças – na linha do que já se discutiu sobre a concepção ampliada de promoção da saúde. Os desafios que persistem, porém, não são poucos. Da alocação de recursos à sustentabilidade política, passando por um ponto que este estudo procurou evidenciar com particular ênfase – a qualidade da informação produzida pelos próprios sistemas de monitoramento, tema que segue exigindo atenção da gestão municipal e da literatura especializada.

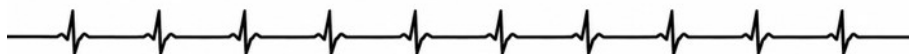
Do ponto de vista teórico, este livro contribui ao evidenciar, em um caso concreto de política de promoção da saúde, a relevância da distinção entre a capacidade estatal tal como formulada e percebida pela gestão estratégica e a capacidade efetivamente exercida no nível operacional da implementação (Lipsky, 1980) – distinção que, a nosso ver, merece maior atenção da literatura

brasileira sobre capacidades estatais em políticas de saúde, tradicionalmente mais concentrada nos planos federal e estadual de formulação da política do que no plano municipal de sua execução cotidiana.

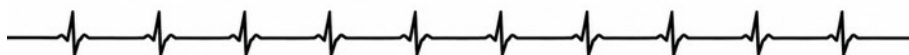
Por fim, podemos reforçar um argumento que defende um dos autores deste livro em pesquisa mais ampla sobre coordenação federativa e efetividade da atenção primária à saúde no Brasil, de que capacidade estatal não é um atributo binário – presente ou ausente –, mas uma condição multidimensional e desigualmente distribuída, cuja aferição depende de se observar mais de um plano da implementação, inclusive dentro de um único município. Se a escala federativa comparada, explorada no capítulo anterior deste livro, já sugeria essa lição, o caso de Araraquara a confirma também na escala em que a política, afinal, se realiza.



CAPÍTULO 3



A SAÚDE NO INTERIOR PAULISTA: O CASO DE CAMPINAS



Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, no Brasil foi adotado um novo modelo de federalismo, baseado na cooperação e na descentralização. Essa nova disposição passou a distribuir as responsabilidades e atribuições entre os entes federativos de forma a conferir autonomia não somente à União, mas também aos estados e municípios. Nesse momento, como nunca havia ocorrido em outros casos, a esfera municipal passou a receber um status semelhante ao das esferas federal e estadual.

É importante ponderar, portanto, que tal autonomia foi dada aos municípios em um período em que a maioria deles não tinha condições político-administrativas para exercer suas atribuições. Foi possível observar ao longo dos anos que muitas das características presentes no

território brasileiro, como a desigualdade socioeconômica e as diferenças demográficas, culturais e ambientais, representam desafios importantes ao federalismo. Além disso, a maior questão a ser pensada nesse sentido diz respeito à forma como, a partir da Constituição, foi conferida aos municípios maior responsabilidade de implementação e provisão de políticas sociais, quando esses entes nem sempre possuem capacidades para realizar tal tarefa.

O processo de descentralização na implementação de políticas públicas, especialmente nas áreas sociais como saúde, educação e assistência social, ocorreu sob o pressuposto de que dessa forma os planos locais se tornariam mais democráticos, ao passo que os municípios passariam a ter mais autonomia política, administrativa e financeira. Porém, como já dito, alguns municípios não são dotados de uma boa capacidade administrativa para lidar com as demandas que lhe são impostas. Assim, o efeito gerado pela descentralização traz à tona a necessidade de os municípios desenvolverem suas capacidades estatais (Grin; Abrucio, 2018).

A partir de 1988, a área da saúde, escolhida para o estudo apresentado neste capítulo, teve grande expansão, com a criação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e com a promulgação das Leis nº 8080/90 e nº 8142/90 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Nesse contexto, eram esperados grandes avanços e facilidades, mas com a complexidade presente no federalismo assimétrico em que se organiza o Brasil, foram observadas muitas dificuldades e diversos obstáculos, pois a ampliação da cobertura não foi acompanhada de

uma eficiência na oferta dos serviços. Esse cenário evidencia a necessidade de uma boa gestão em todas as esferas do federalismo e de uma boa coordenação intergovernamental para um resultado satisfatório na implementação das políticas públicas. Por esse motivo, este capítulo pretende detalhar e aperfeiçoar a relação entre as capacidades estatais municipais e a provisão de políticas públicas, buscando explicitar como as primeiras influenciam o pleno desenvolvimento dessas últimas.

É pertinente ressaltar que este capítulo possui um enfoque especial na Atenção Primária à Saúde (APS), o segmento do SUS que se engaja na prevenção de agravos a partir de um conjunto de ações de saúde, como diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde coletiva. Este nível de atenção do Sistema Único de Saúde é desenvolvido pelas Secretarias Municipais de Saúde, que ficam responsáveis por garantir que a APS seja capaz de organizar os fluxos dos serviços nas redes de saúde dos municípios.

Tendo em vista tal conjuntura, a elaboração de mecanismos que sejam capazes de identificar os problemas e oferecer soluções efetivas para essas desigualdades, torna-se urgente. A agenda de fortalecimento das gestões dos municípios deve passar pela análise e identificação das capacidades estatais e do desenvolvimento da instrumentalização da governança. No Brasil é evidente que muitos municípios apresentam capacidades administrativas limitadas, e pode-se perceber uma enorme disparidade entre eles no que diz respeito às suas capacidades estatais.

Este capítulo possui, como objetivo principal, apresentar uma análise voltada à oferta de políticas públicas na área da saúde no município de Campinas, SP, entre 2017 e 2021. Partindo de uma análise bibliográfica da literatura sobre capacidades estatais, seguida de uma análise documental do conteúdo presente nos sites da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e do Conselho Municipal de Saúde da cidade (planos estaduais e municipais de saúde, relatórios de gestão, atas e normativos), este texto pretende responder à seguinte questão: como as desigualdades regionais influenciam a capacidade estatal da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, especificamente em sua responsabilidade de formular e de implementar as políticas públicas?

Delinear respostas para questões como essa faz-se necessário pois, de acordo com Grin e Abrucio (2019), determinados programas elaborados em esfera federal acabam intensificando desigualdades regionais ao permitirem que municípios e localidades que possuem condições mais favoráveis (boa infraestrutura, administração pública e burocracia) absorvam, em detrimento de outros menos favorecidos, os resultados dessas políticas.

Nesse sentido, apresentar um estudo sobre as capacidades estatais de Campinas, São Paulo, torna-se uma tarefa relevante para uma comparação entre os demais municípios brasileiros. Para além desta análise, o fortalecimento das gestões municipais passa, necessariamente, pelo reconhecimento da realidade das cidades e posteriormente pelo desenvolvimento da instrumentalização da governança em seus diferentes

contextos. Portanto, em um país como o Brasil, que possui um território marcado por grandes desigualdades e importantes diferenças geográficas e culturais, além de um federalismo descentralizado, apresentar análises que identifiquem os problemas proponham soluções para eles, configura-se como uma missão de grande importância.

A análise presente neste capítulo foi elaborada com foco em compreender como a governança foi implementada na secretaria de saúde de Campinas entre os anos de 2017 e 2021. O estudo foi realizado por meio da investigação dos seguintes aspectos sobre a governança na secretaria: (1) relações intergovernamentais estabelecidas com o governo estadual e o governo federal; (2) construção de instrumentos participativos na gestão; (3) emprego do princípio de *accountability*; e (4) existência de *advocacy* municipalista para a defesa dos interesses dos governos locais em conexão com a produção e implementação de políticas públicas.

Além disso, procurou-se verificar principalmente as seguintes informações sobre a situação da secretaria: (1) capacidade de cumprir as regras próprias, com autonomia em relação a outras instituições; (2) capacidade de utilização do orçamento de forma responsiva; (3) capacidade de formular políticas públicas; (4) capacidade de implementar políticas; (5) capacidade de articulação política para promover a cooperação com outras instituições; (6) capacidade de determinar de forma clara os objetivos e a condução da política para a execução dos programas; (7) capacidade burocrática, com pessoal especializado para a formulação e implementação; (8) capacidade de

determinação de tempo previsto para a execução das políticas; (9) capacidade de geração de *accountability*.

3.1 O que são Capacidades Estatais?

O conceito de capacidades estatais tem suas origens por volta da década de 1960, estando presente em discussões de forma mais efervescente nas décadas de 1970 e 1980. Nesse processo, vários autores contribuíram para a sistematização e o desenvolvimento do conceito. Destacam-se os estudos de Tilly, que relacionam as capacidades estatais à formação estatal, à tributação e à centralização do poder (Silva; Almeida, 2020). Ao longo dos anos, o conceito foi ampliado e passou a ser utilizado em diversas abordagens, adquirindo relevância nas pesquisas sobre formulação e implementação de políticas públicas.

Segundo Silva e Almeida (2020), outro autor que contribuiu para os debates acerca do papel do Estado no desenvolvimento econômico e, conseqüentemente, para o desenvolvimento do conceito de capacidades estatais, foi o sociólogo político Peter Evans. Evans (1995) desenvolveu a ideia de “autonomia inserida”, que diz respeito à capacidade do Estado de atuar por meio de uma burocracia profissional, autônoma e protegida de interesses privados, ao mesmo tempo em que se mantém inserido na sociedade, estabelecendo diálogo com grupos e atores diversos. De acordo com o autor, estados que apresentam ambas as características tendem a apresentar maior capacidade de formular e implementar políticas de desenvolvimento de forma efetiva (Evans, 1995).

Gomide e Marengo (2024) afirmam que, por ter sido utilizado em diversas áreas e para medir capacidades distintas ao longo do tempo, o conceito passou por um “alargamento” em seu significado, sendo utilizado de diversas formas na literatura, o que muitas vezes dificulta seu entendimento podendo acarretar um uso inadequado dessa ferramenta. De modo geral, as capacidades estatais podem ser entendidas como:

[...] habilidades, competências e recursos burocrático-institucionais de um Estado para implementar políticas públicas e desempenhar de modo eficaz suas funções, como manter a ordem pública, garantir direitos e prover bens e serviços públicos (Gomide; Marengo, 2024, p. 5).

Gomide e Pires (2014) chamam atenção para um olhar mais aprofundado sobre os arranjos institucionais, definindo-os como: “[...] conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam atores e interesses na implementação de uma política pública específica” (Gomide; Pires, 2014, p. 19-20). Os autores afirmam que a capacidade do Estado de implementar políticas públicas está atrelada à forma como estão organizados seus arranjos institucionais. Para compreender as potencialidades do Estado em realizar essa função, mobilizam o conceito de capacidade estatal, definindo-o a partir de dois componentes: o técnico-administrativo e o político (Gomide; Pires, 2014).

O componente técnico-administrativo das capacidades estatais é derivado da teoria weberiana

sobre a burocracia e está relacionado à competência dos agentes do Estado para implementar políticas públicas. Nesse sentido, é valorizada uma burocracia profissionalizada, coesa e selecionada por critérios meritocráticos (Gomide; Pires, 2014). Para essa dimensão, também são aspectos importantes a disponibilidade de recursos humanos e materiais, infraestrutura física e tecnológica, e aportes financeiros.

Por sua vez, as capacidades políticas estão relacionadas à habilidade do Estado em relacionar-se e articular-se com os atores sociais e políticos, negociando interesses divergentes, construindo coalizões e garantindo apoio para formular e implementar políticas. Em contextos de muitos conflitos e dissensos, a ação estatal não depende somente de recursos técnicos, mas também de competências para a negociação e a coordenação intergovernamental, ao mesmo tempo em que deve ter capacidade de gerir as relações com a sociedade civil (Gomide; Pires 2014).

Gomide e Pires (2014) destacam que, no contexto democrático, as capacidades políticas correspondem à habilidade do Estado de ampliar os canais de comunicação e negociação com os atores sociais, pois, desse modo, a ação estatal consegue mediar os conflitos e evitar que as políticas públicas sejam capturadas por interesses específicos. Em regimes democráticos, observa-se, também, a inclusão de novas exigências à ação estatal. Essas estão relacionadas à relação com os indivíduos afetados pelas tomadas de decisão e englobam aspectos como *accountability* e controle social (Gomide; Pires, 2014).

Oliveira e Coelho (2021), ao analisarem as capacidades estatais municipais em saúde, organizam o conceito em duas grandes dimensões: a) a dimensão técnico-administrativa, que corresponde à eficiência organizacional e às competências dos órgãos públicos para formular, implementar e gerir as políticas públicas, bem como para prover serviços; e b) a dimensão político-institucional: que se refere aos instrumentos construídos pela gestão pública para a mediação de interesses divergentes, conflitos e para a comunicação com a sociedade.

A utilização dessas dimensões para a mensuração das capacidades estatais municipais permite aproximar as discussões conceituais acerca das condições concretas para a formulação e a implementação de políticas públicas no nível local. Assim, entende-se que a dimensão técnico-administrativa possibilita a análise das condições burocráticas e de recursos disponíveis para a atuação estatal, enquanto a dimensão político-institucional aprecia as capacidades do estado em estabelecer canais institucionais de negociação e comunicação com os diversos grupos sociais para a viabilização da formulação e da implementação das políticas públicas (Oliveira; Coelho, 2021).

Vale, por fim, ressaltar a importância de capacidades político-institucionais em contextos federativos, como o brasileiro, em que a descentralização estabelece desafios relacionados à articulação e à cooperação entre os diferentes níveis de governo. Nesse sentido, tratando das políticas municipais de saúde, tais capacidades adquirem grande relevância quando se trata

do avanço da regionalização e da construção das redes regionais de atenção à saúde (Oliveira; Coelho, 2021).

3.2 Conjuntura do município de Campinas

Segundo dados disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Campinas possui área territorial de 794,571 km² (IBGE, 2023), população de 1.139.047 habitantes densidade demográfica de 1.433,54 hab/km², ambos referentes ao Censo Demográfico de 2022 (IBGE, 2023). A cidade apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) considerado alto, de 0,805, referente ao ano de 2010 (PNUD, 2013). A taxa de escolarização entre crianças de 6 a 14 anos é de 98,17%, segundo dados do Censo Demográfico de 2022 (IBGE, 2023). No que se refere às condições de salário e renda, o município apresenta um salário médio mensal de 3,6 salários-mínimos, com uma proporção de pessoas ocupadas em relação à população total de 37,3%. No que se refere à área da saúde, as taxas de mortalidade infantil média e de internações por diarreia eram, respectivamente, de 9,27 óbitos por mil nascidos vivos e de 0,3 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2021). Tais condições configuram uma situação socioeconômica privilegiada em relação ao restante dos municípios do país.

De acordo com os dados disponíveis no Plano Municipal de Saúde de Campinas da gestão de 2018 a 2021, a cidade possuía na época uma população estimada de cerca de 1,17 milhão de habitantes (CAMPINAS, 2017). Por ser um polo regional servia de referência para cerca de 3,5 milhões de pessoas no que diz respeito à circulação de

pessoas, produtos e serviços. Essa condição demonstra complexidade no que tange à organização, estruturação e garantia de acesso aos serviços e ações da saúde pública. No período analisado, cerca de 55% dos cidadãos dependiam exclusivamente das ações assistenciais de saúde do SUS (Campinas, 2017).

No que tange à destinação dos recursos municipais às políticas de saúde, a cidade possui uma legislação própria que ultrapassa a designação constitucional de aplicação de 15%, exigindo a destinação de no mínimo 17% das receitas correntes dos impostos ao investimento na saúde. Devido ao processo de municipalização das políticas de saúde iniciado em 1997 e ao aumento das responsabilidades das gestões municipais em relação às políticas sociais, a administração passou a lidar com grandes desafios, tanto gerenciais como de disponibilidade de recursos humanos e materiais (Campinas, 2017).

Outro desafio citado no PMS 2018-2021 é a dificuldade que as gestões apresentam em compatibilizar todas as ações do sistema, possuindo a atenção básica como um ator ordenador da atenção à saúde e coordenador do cuidado, ao mesmo tempo em que a cidade oferece a cobertura da urgência e emergência, provendo recursos humanos e de estrutura como leitos de retaguarda, hospitais próprios e conveniados, atenção especializada com procedimentos diagnósticos e terapêuticos, laboratório municipal equipado e vigilância em saúde. Concomitantemente, a implementação de componentes da rede de oncologia, a Rede Cegonha, a urgência e emergência, transplantes, hemoterapia, dentre outros serviços, vêm adquirindo cada vez mais

importância para a organização do SUS. Além dessas questões, a Secretaria Municipal de Saúde ainda enfrenta o grande desafio da intersetorialidade, ou seja, das relações com as outras secretarias, tanto municipais, como as de outras esferas do federalismo (Campinas, 2017).

3.3 O Plano Municipal de Saúde de Campinas (2018-2021)

A elaboração do Plano Municipal de Saúde de Campinas estipulado para a gestão de 2018 a 2021 se deu a partir de discussões sistemáticas do Núcleo de Planejamento e Orçamento da SMS no segundo semestre de 2017, ao mesmo tempo em que aconteciam debates com o Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Nesse processo, foram realizadas reuniões que pautaram a atualização do Mapa da Saúde 2017 e a formulação do PMS 2018-2021, de maneira a articular as metas e diretrizes com os diversos documentos de planejamento do SUS nas diferentes esferas do federalismo (Campinas, 2017).

Os documentos norteadores que competem ao município de Campinas foram: o Plano Municipal de Saúde 2014-2017; o relatório preliminar da IX Conferência Municipal de Saúde; o Relatório Anual de Gestão de 2016; a Programação Anual de Saúde 2017; os Relatórios Quadrimestrais de Gestão de 2016; os Indicadores de Metas do Governo e o Plano Plurianual (PPA) 2018-2021 (Campinas, 2017).

Já os documentos de referência em articulação com as outras esferas (nacional e estadual) foram: o Decreto nº 7.508/2011 e a Portaria nº 399/2006; o Plano Estadual de Saúde de São Paulo (2016-2019); o Plano Nacional de Saúde (2016-2019); a pactuação interfederativa do SISPACTO 2018; a Resolução nº08 da CIT; as pactuações das Redes de Atenção à Saúde (RAS); o Mapa de Saúde da Região de Saúde de Campinas e os documentos do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS (Campinas, 2017).

Após a análise dos documentos, deliberou-se que o PMS 2018-2021 daria continuidade à organização do Plano Nacional de Saúde 2016-2019, constituindo, dessa forma, suas metas, indicadores e diretrizes em consonância com ele. No que diz respeito à definição dos indicadores municipais, a gestão baseou-se nos pactos estipulados na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) estabelecidos na resolução CIT nº 8/2016, dispondo de 22 indicadores, estando 13 deles presentes no Plano Nacional de Saúde 2016-2019 (Campinas, 2017).

O Plano Municipal de Saúde de Campinas 2018-2021 foi estruturado a partir de seis eixos específicos, cada um possuindo uma diretriz norteadora de seus objetivos e apoiando-se em indicadores coerentes para as metas descritas.

O primeiro eixo diz respeito ao acesso aos serviços e ações de saúde no município, tendo como elemento norteador a seguinte diretriz:

Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, na equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS (Campinas, 2017, p. 11).

Dentre outras metas, este eixo pretendia aumentar em 5% ao ano, entre 2018 e 2021, o número de equipes de saúde da família implantadas em Campinas.

Já o segundo eixo está relacionado à integralidade da atenção à saúde e às linhas de cuidado, possuindo como diretriz a intenção de

Aprimorar as Redes de Atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso) considerando as questões de gênero da população em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção na região de saúde (Campinas, 2017, p. 36)

O terceiro eixo, por sua vez, diz respeito à promoção e prevenção, e possui a seguinte diretriz:

Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na

promoção do envelhecimento saudável
(Campinas, 2017, p. 54).

O quarto eixo, relacionado à gestão do trabalho e educação na saúde — SUS Formador, tem como diretriz norteadora a intenção de

Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho (Campinas, 2017, p. 93)

O quinto eixo trata da gestão compartilhada e do controle social e tem como diretriz a intenção de

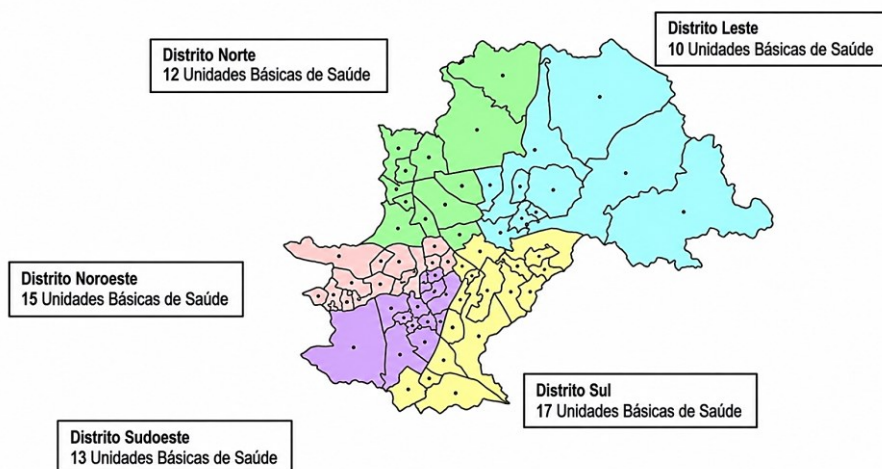
Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concentração de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral (Campinas, 2017, p. 98)

Por fim, o sexto eixo está ligado à provisão do apoio logístico e financeiro da saúde no município, tendo como diretriz a ideia de “Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos” (Campinas, 2017, p. 102).

Devido à complexidade do sistema de saúde de Campinas, o município vem, desde a década de 1980, passando por um processo contínuo de regionalização. Essa dinâmica resultou, na década de 1990, na consolidação de uma organização dividida em cinco distritos de saúde, configuração que se faz presente no período analisado por esta pesquisa (Campinas, 2017).

Em 2021, as Unidades Básicas de Saúde eram distribuídas pelos distritos conforme a disposição ilustrada na figura a seguir:

Figura 1 - Mapa do município com divisão geográfica distrital e municipal do SUS



Fonte: Campinas (2021, p. 20).

A partir da análise do Plano Municipal de Saúde de Campinas 2018-2021 foi possível verificar que a Atenção Primária à Saúde assumiu um papel central no período da gestão. Neste segmento, foi observada a predominância da

adoção do Modelo de Estratégia de Saúde da Família, que se constitui a partir dos esforços das Equipes de Saúde da Família (eSF), das Equipes de Saúde Bucal (eSB) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (eNASF).

Nos quadros a seguir estão dispostos dados referentes à implementação do Plano Municipal de Saúde de Campinas 2018-2021 ao longo dos anos. Foram selecionadas informações referentes aos indicadores voltados à melhoria das condições e da cobertura da APS, segmento que é alvo de maior interesse para esta pesquisa:

A Tabela 8, disposta a seguir, expressa a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica no município de Campinas entre os anos de 2017 e 2021. Este indicador é utilizado pelos gestores para identificar a disponibilidade de recursos humanos de atenção básica para a população residente, indicando o potencial de oferta de ações e serviços básicos para os habitantes e o acesso a esse nível de atenção.

Tabela 8 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, Campinas (SP), 2017-2021

Ano	2017	2018	2019	2020	2021
Cobertura (%)	49,93%	42,18%	36,53%	60,54%	63,17%

Fonte: Elaboração própria com base em CAMPINAS, 2022, slide 7.

A partir da análise dos dados contidos na Tabela 9, foi possível observar uma queda na cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde da Família entre os anos de 2017 e 2019. Essa tendência se manteve neste período

à medida que houve redução do número de equipes em razão da continuidade de desligamento de servidores, sem reposição de profissionais pelo “Programa Mais Médicos” do governo federal para o município (Campinas, 2022). Os dados demonstram um aumento da cobertura a partir de 2020. Esse aumento deve-se ao ingresso de novos profissionais por meio da realização de concursos públicos tanto municipais quanto federais (Campinas, 2022).

A meta estipulada para este indicador no PMS (2018-2021) era de um crescimento de 5% ao ano, totalizando em 2021 uma cobertura estimada em 68%, que não foi atingida até o final da gestão, apesar da reposição de profissionais e do aumento significativo no número de equipes de Saúde da Família.

Tabela 9 – Proporção de internações sensíveis à Atenção Básica, Campinas (SP) 2017-2021

Ano	2017	2018	2019	2020	2021
ICSAB (%)	22,56%	22,05%	21,15%	17,73%	17,31%

Fonte: Elaboração própria com base em CAMPINAS, 2022, slide 19.

Observando os dados representados na Tabela 10, pode-se notar uma diminuição das ocorrências de agravos à saúde resultantes em internações potencialmente evitáveis mediante acompanhamento adequado pela APS. A meta estipulada no PMS (2018-2021) para este indicador era de 20,43%, objetivo que foi alcançado. Porém, deve-se levar em consideração o cenário marcado pela pandemia de COVID-19, que pode ter comprometido a indicação do diagnóstico preciso das internações hospitalares. Durante

o período da emergência do coronavírus, o município de Campinas manteve os atendimentos dos pacientes pela atenção primária e atenção secundária, tanto de forma remota (Teleatendimento/Teleconsulta), como presencialmente, conforme a gravidade, a necessidade e a capacidade instalada em cada Unidade (Campinas, 2022).

Durante a coleta dos dados sobre a APS presentes nos relatórios de gestão, pôde-se observar que procedimentos como exames anti-HIV; monitoramento de novos casos de hanseníase; consultas de pré-natal; testes de sífilis para gestantes; investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) dentro do prazo de 120 dias e investigação de óbitos maternos foram mantidos mesmo durante a crise sanitária causada pelo coronavírus, com melhora dos indicadores ao longo do período analisado pela pesquisa.

Quanto a outros indicadores, como a razão exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos; número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano e a proporção de óbitos infantis e fetais investigados, foram observadas pioras ao final da gestão 2018-2021.

Vale ainda ressaltar que, em virtude da pandemia de COVID-19, os serviços próprios e conveniados da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas passaram por um processo de reorganização. Essas mudanças ocorreram no contexto das medidas adotadas pelos diferentes níveis de governo para o enfrentamento da emergência sanitária e tiveram como objetivo adequar a assistência às demandas impostas pela pandemia.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, o resultado dos indicadores sofreu impacto significativo durante o período em questão, o que acabou gerando inconsistências na elaboração dos relatórios (Campinas, 2022, slide 5).

3.4 O que os dados revelam?

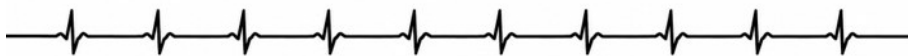
Ao examinar os dados e as informações presentes no site da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, pôde-se notar uma grande facilidade no acesso aos documentos e regularidade na sua publicação, o que configura um aspecto positivo e importante no que diz respeito à *accountability* (prestação de contas), um conceito importante para o controle social e, conseqüentemente, para o exercício da governança.

Outros aspectos observados no plano que contribuem para o fortalecimento da governança foram: participação social em sua formulação, com a utilização do relatório preliminar da IX Conferência Municipal de Saúde como elemento norteador de suas diretrizes; a articulação de suas metas e diretrizes com os documentos de planejamento do SUS nas demais esferas do federalismo; a continuidade observada em relação ao Plano Nacional de Saúde 2016-2019 e coerência entre objetivos estaduais e municipais. Durante a análise dos Planos Estaduais de Saúde, foi possível observar clareza e coerência entre objetivos, metas e indicadores. A partir da verificação do conteúdo do plano elaborado pela gestão de 2016 a 2019, observou-se o fortalecimento das estratégias de governança, com a participação da comunidade, o controle

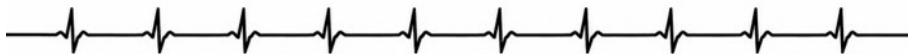
social e investimentos destinados à capacitação de pessoas, enquanto na análise do Plano Estadual de Saúde de 2020-2023, observou-se uma continuidade dos objetivos estabelecidos no anterior e um maior apoio à APS e à regionalização dos serviços.

No que se refere aos resultados das políticas, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas demonstrou, apesar da crise instaurada pela pandemia de COVID-19, esforços voltados à melhoria da APS, com a contratação de profissionais e expansão da cobertura. Além disso, por meio da análise dos dados, foi possível notar que a gestão da Atenção Primária demonstrou empenho em continuar com as atividades de monitoramento e procedimentos em meio à pandemia, com teleconsultas/teleatendimento, testagens de doenças graves e investigação de óbitos maternos.

Indicadores das APS que apresentaram piora no período analisado e merecem a atenção das próximas gestões são: percentual de Unidades Básicas de Saúde com, no mínimo, três modalidades de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS); proporção de medicamentos padronizados disponibilizados para Atenção Básica, de forma humanizada e qualificada; razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos e percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida.



CONCLUSÃO



Este livro buscou analisar dois contextos distintos, Argentina e Brasil, e suas respectivas trajetórias na área da saúde. A partir da reconstrução histórica do sistema de saúde argentino, percebeu-se que as bases institucionais do peronismo criaram mecanismos de difícil reversão, consolidando o protagonismo das obras sociais e uma iniquidade estrutural que fragmentou o sistema desde sua origem. Nesse arranjo, as obras sociais foram privilegiadas na medida em que o subsetor privado encontrava espaço para crescimento, enquanto o subsetor público ficava destinado às populações mais vulneráveis, conforme Belmartino (1995). Nas décadas seguintes, as tentativas de reforma revelaram-se insuficientes, e o problema do federalismo argentino na saúde se reapresentou recorrentemente, como as reformas da segunda ditadura militar nas décadas de 1970 e 1980, que promoveram a transferência dos hospitais públicos para as províncias sem o devido suporte financeiro e institucional, segundo apontam Menicucci e Leandro (2023).

Ao longo dessa trajetória, as autoridades de saúde e os diferentes governos lidaram também com influências e intervenções externas, notadamente do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI). Essas organizações exerceram papel estruturante na

configuração do sistema de saúde argentino, figurando como atores centrais do processo desde o período peronista. O movimento de reforma e descentralização havia sido iniciado muito antes da reforma constitucional de 1994, mas o governo Alfonsín tentou unificar o financiamento do sistema por meio do Seguro Nacional de Saúde, fracassando diante de graves crises sociais, políticas e sanitárias, sendo forçado a antecipar a transferência do poder a Carlos Menem, em 1989 (Machado, 2018).

Conforme apontam Machado (2018) e Belló e Becerril-Montekio (2011), com Menem, as orientações favoráveis à redução da intervenção estatal ganharam força, abrindo caminho para que o mercado da medicina pré-paga se expandisse e assumisse papel ativo na reconfiguração do setor. Foi nesse período que as obras sociais passaram por ampla desregulamentação, rompendo a vinculação compulsória por categoria profissional. Essa reestruturação reorientou as obras sociais segundo uma lógica de quase-mercado, introduzindo o pagamento por capitação, repasse financeiro fixo por número de filiados, dissociado do volume ou da complexidade do atendimento prestado, o que comprometeu a qualidade da assistência oferecida.

É nesse cenário de intensa orientação neoliberal que a reforma constitucional de 1994 e as propostas de reestruturação do financiamento público se inscrevem. A análise evidenciou que as assimetrias de poder e os conflitos de interesses condicionaram a distribuição desigual dos recursos. No período pós-1994, as províncias com maior capacidade de arrecadação tributária própria

conseguiram captar proporcionalmente mais recursos das transferências federais, ao passo que as províncias mais vulneráveis, dependentes criticamente desses repasses, receberam parcelas desproporcionalmente menores. O governo central eximiu-se de sua responsabilidade ao não estabelecer mecanismos eficazes de coordenação, supervisão ou piso orçamentário mínimo para a saúde, permitindo que cada província alocasse os recursos de forma discricionária, segundo interesses políticos locais. O Estado passou, assim, a subsidiar indiretamente o setor privado e o complexo das obras sociais, enquanto o sistema público foi progressivamente asfixiado financeiramente, obrigando as províncias a arcarem de forma crescente com o custeio de sua rede sanitária regional, conforme destacado por Porto (2004).

Em suma, conforme a gama de autores pesquisados, a década de 1990 não eliminou as desigualdades produzidas pela trajetória institucional anterior; ao contrário, as reconfigurou por meio de novos arranjos federativos, fiscais e administrativos, fazendo com que antigas assimetrias assumissem novas formas. Ao transferir responsabilidades assistenciais sem o correspondente suporte financeiro e regulatório, a arquitetura federativa resultante perpetuou o ciclo de iniquidade que a retórica reformista prometia romper. No caso argentino, as opções feitas ao longo do tempo histórico, do peronismo ao neoliberalismo, aprofundaram a fragmentação e a desigualdade em vez de superá-las. As reformas que invocaram a universalidade do sistema de saúde permaneceram, portanto, como horizonte normativo

sem ancoragem institucional efetiva, promessa enunciada, mas jamais constituída.

O segundo capítulo analisou a relação entre monitoramento, avaliação, capacidades estatais e eficácia do Programa Academia da Saúde (PAS) em um polo do município de Araraquara. A partir da revisão teórica e da investigação exploratória de campo, observou-se que a articulação entre capacidades técnicas e políticas é condição necessária ao sucesso do programa. O monitoramento estruturado e a avaliação contínua contribuem para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, desde que os instrumentos utilizados sejam capazes de captar não apenas indicadores de processo e adesão, mas também fragilidades operacionais que tendem a permanecer invisíveis à gestão estratégica, como evidenciado pelo achado relativo à desatualização da base de dados do programa.

A promoção da saúde, ao integrar educação, participação social e ações preventivas, representa estratégia essencial para o fortalecimento da atenção primária, em consonância com a concepção ampliada de saúde consagrada pela Carta de Ottawa (1986) e reafirmada por Buss (2000). Contudo, desafios como a alocação de recursos, a sustentabilidade política e como este estudo procurou destacar, a qualidade da informação produzida pelos próprios sistemas de monitoramento continuam sendo questões centrais, que demandam atenção tanto da gestão municipal quanto da literatura especializada.

Do ponto de vista teórico, o estudo contribui ao evidenciar, em um caso concreto de política de promoção da saúde, a relevância da distinção entre a capacidade estatal formulada e percebida pela gestão estratégica e a capacidade efetivamente exercida no plano operacional da implementação, o que a literatura de burocracia de nível de rua, a partir de Lipsky (1980), já sinalizava, mas que a pesquisa brasileira sobre capacidades estatais em saúde ainda tende a subestimar, concentrando-se nos planos federal e estadual de formulação da política em detrimento do plano municipal de sua execução cotidiana.

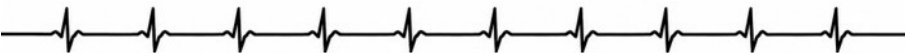
O capítulo 3, após uma breve definição do conceito de capacidades estatais, analisa como se deu o processo de formulação e implementação das políticas de saúde no município de Campinas entre 2017 e 2021. A análise evidencia avanços no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, especialmente no que se refere à articulação entre diferentes esferas de governo para a elaboração dos instrumentos orientadores das políticas. Também se destacam aspectos positivos relacionados à prestação de contas e ao controle social, uma vez que os processos decisórios incorporam a participação de atores da sociedade civil e os documentos institucionais foram publicados de forma adequada e regular. Apesar desses avanços, os documentos analisados apontam a permanência de desafios relacionados às condições de infraestrutura e à garantia do acesso universal da população aos serviços do SUS.

Por fim, cabe registrar que este achado reforça um argumento desenvolvido ao longo deste livro: capacidade estatal não é um atributo binário, presente ou ausente,

mas uma condição multidimensional e desigualmente distribuída, cuja aferição exige que se observe mais de um plano da implementação, inclusive dentro de um único município. Se as escalas nacional e federativa comparada, exploradas nos capítulos anteriores, já sugeriam essa lição, os casos de Araraquara e Campinas a confirmam também na escala em que a política, afinal, efetivamente se realiza.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ABRAMZÓN, M. C. **Argentina:** situação dos recursos humanos em saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Recursos humanos em saúde no Mercosul. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. p. 47-74.

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 41-67, 2005.

ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às boas práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, v. 51, n. 4, p. 5-59, 2000.

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FGV/Fiocruz, 2012.

ASENSIO, M. A. Nueva mirada a las finanzas federativas argentinas del siglo XXI. In: **ACADEMIA NACIONAL DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES DE CÓRDOBA.** Aspectos fiscales y económicos del federalismo argentino.

Córdoba: Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba, 2008. p. 135-154.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009.

BELLÓ, M; BECERRIL-MONTEKIO, V. M. Sistema de salud de Argentina. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. S96-S108, 2011.

BELMARTINO, S. La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos. In: BUSS, Paulo Marchiori; LABRA, Maria Eliana (org.). **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. p. 47-74.

BELMARTINO, S. **La atención médica argentina en el siglo XX**: instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2005.

BERTAINA, N. Federalismo fiscal, su deterioro. In: **ACADEMIA NACIONAL DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES DE CÓRDOBA**. Aspectos fiscales y económicos del federalismo argentino. Córdoba: Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba, 2008. p. 155-188.

BRASIL. **Comissão de Valores Mobiliários (CVM)**. Recomendações da CVM sobre governança corporativa. Rio de Janeiro: CVM, jun. 2002. 11 p. Disponível em:

<https://conteudo.cvm.gov.br/export/sites/cvm/decisoes/anexos/0001/3935.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2025.

BRASIL. **Controladoria-Geral da União. Governança.** Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/campanhas/integridade-publica/governanca>. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 25 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 nov. 2013.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n. 1, p. 7-40, 1996.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **3º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e Relatório Anual de Gestão 2021 – 3º RDQA/RAG 2021**. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/rel_gestao/2021/RDQA_3o_quadrimestre_2021/RDQA_2021_3o_Quadrimestre.pdf. Acesso em: 10 out. 2025.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018–2021**. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, 2017. Disponível em: <https://cms.campinas.sp.gov.br/sites/cms.campinas.sp.gov.br/files/materiais-apoio-antigos/2020->

12/PMS_2018_2021_e_PAS_2018_Campinas.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Campinas: 2022-2025**. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, 2021. Disponível em: https://portal-adm.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2024/07/04-092405/PMS_2022-2025_Campinas_Matriz_Geral.pdf. Acesso em: 10 out. 2025.

CEPAL. **Transformación productiva con equidad**. Santiago de Chile: CEPAL, 1990.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Estocolmo: Institute for Futures Studies, 1991.

COLOMBO, L. A.; GILENO, C. H. Federalismo Brasileiro e Desenvolvimento Regional: As Agendas Governamentais Brasileiras, **Revista TOMO**, 0(35), 2019, p. 191-224.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho para políticas sociais. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

EVANS, P. **Embedded Autonomy: States and Industrial Transformation**. Princeton: Princeton University Press, 1995.

FRÍAS, P. J. Unitarismo fiscal. In: **ACADEMIA NACIONAL DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES DE CÓRDOBA**. Aspectos fiscales y económicos del federalismo argentino. Córdoba: Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba, 2008.

GARAT, P. M. La distribución de la renta tributaria federal y el sistema de coparticipación en la organización constitucional argentina. In: **ACADEMIA NACIONAL DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES DE CÓRDOBA**. Aspectos fiscales y económicos del federalismo argentino. Córdoba: Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba, 2008.

GOMIDE, A.; MARENCO, A. (orgs.). **Capacidades estatais: avanços e tendências**. Brasília: Enap, 2024. 99 p. (Cadernos Enap, 133).

GOMIDE, A.; PIRES, R. **Capacidades estatais e democracia**: arranjos institucionais de políticas públicas. Brasília: IPEA, 2014.

GRIN, E. J.; ABRUCIO, F. L. Quando nem todas as rotas de cooperação intergovernamental levam ao mesmo caminho: arranjos federativos no Brasil para promover capacidades estatais municipais. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 69, p. 85-122, 2018. Disponível em:

<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/3584>. Acesso em: 23 ago. 2025.

GRIN, E. J.; ABRUCIO, F. L. **Governos locais: uma leitura introdutória**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2019.

GRIN, E. J.; ABRUCIO, F. L. O que dizer das capacidades estatais dos municípios brasileiros em um contexto de descentralização de políticas? **Anais XIII Congreso Nacional de Ciencia Política “La política en entredicho”**, Buenos Aires, 2017.

GRIN, E. J.; DEMARCO, D. J.; ABRUCIO, F. L. (org.). **Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro**. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2021.

GRINDLE, M. S. (org.). **Getting Good Government: Capacity Building in the Public Sector of Developing Countries**. Boston: Harvard Institute for International Development, 1997.

HERNÁNDEZ, A. M. (org.). **Aspectos fiscales y económicos del federalismo argentino**. Córdoba: Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba, 2008.

HERNÁNDEZ, A. M. Aspectos fiscales y económicos del federalismo argentino. In: HERNÁNDEZ, A. M. (org.). **Aspectos fiscales y económicos del federalismo**

argentino. Córdoba: Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Campinas.** Cidades e Estados. Rio de Janeiro: IBGE, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/campinas.html>. Acesso em: 25 ago. 2026.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS – BOLSA DE COMERCIO DE BUENOS AIRES. **Población según cobertura - 1993.** Disponível em: <https://www.bolsacba.com.ar/instituto-de-investigaciones-economicas/detalle-buscador/839/>. Acesso em: 24 jun. 2026.

JANNUZZI, P. M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**, v. 36, n. 1, p. 51-72, 2002.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.). **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

KISSLER, L.; HEIDEMANN, F. G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 3, p. 479-499, 2006.

LIPSKY, M. **Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services**. Nova York: Russell Sage Foundation, 1980.

LOTTA, G. S. (org.). **Burocracia de médio escalão: perfil, trajetória e atuação**. Brasília: Enap, 2015.

LOTTA, G. S.; FAVARETO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 57, p. 49-65, 2016.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de políticas afirmativas no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 2, p. 171-194, 2015.

MACEIRA, D. **Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino**. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2002.

MACHADO, C. V. Políticas de saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2197-2212, jul. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENICUCCI, T. M. G. **Federalismo e política de saúde na Argentina e no Brasil**. Trabalho apresentado no 9º

Congresso Latinoamericano de Ciência Política, Montevideu, 26 a 28 de julho de 2017.

MENICUCCI, T.; LEANDRO, J. G. Arranjo Federativo e Desigualdades em Saúde no Brasil e na Argentina. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, e20200309, 2023.

MINISTERIO DE ECONOMÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. El Sistema de Salud en Argentina. **Cuaderno de Economía**, nº 18, ago. 1996. Baseado em: Ministerio de Salud y Acción Social – Programa Reforma Sector Salud. Diagnóstico Sector Salud en Argentina. Argentina: MSAS, 1994.

OFICINA DE PRESUPUESTO DEL CONGRESO (OPC). **Relación fiscal entre Nación y Provincias: evolución desde 1993 a la actualidad**. Buenos Aires: OPC, 2019.

OLIVEIRA, A. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 1551-1573, nov./dez. 2012.

OLIVEIRA, V. E.; COELHO, V. S. P. Capacidades estatais municipais em saúde. In: GRIN, E.; ABRUCIO, F. L.; DEMARCO, D. J. (orgs). **Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro**. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2021.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PIRES, R.; GOMIDE, A. Capacidade estatal e democracia: a abordagem dos arranjos institucionais para análise de políticas públicas. In: GOMIDE, A.; BOSCHI, R. (orgs.). **Capacidades estatais e democracia**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

PORTO, A.; SANGUINETTI, J. P. **Las Transferencias Intergubernamentales y la Equidad Distributiva: el Caso Argentino**. Santiago de Chile: CEPAL/GTZ, 1996. (Série Política Fiscal 88, Proyecto Regional de Descentralización Fiscal).

PORTO, A. **Disparidades Regionales y federalismo fiscal**. La Plata: EDULP, Universidad Nacional de La Plata, 2004.

REPETTO, F.; ALONSO, G. V. **La economía política de la política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización**. Santiago de Chile: CEPAL/Nações Unidas, 2004. (Série Políticas sociales, n. 97).

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016–2019**. São Paulo: SES/SP, 2016. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de->

saude/homepage/destaques/ces-sp-analisa-plano-estadual-de-saude-2016-2019. Acesso em: 29 ago. 2025.

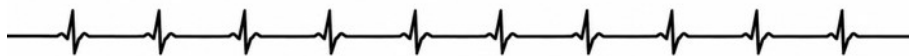
SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2020–2023**. São Paulo: SES/SP, 2020. Disponível em: <https://saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/instrumentos-de-planejamento-do-sus-quadrienio-2020-a-2023/plano-estadual-de-saude>. Acesso em: 29 ago. 2025.

SILVA, L. B. da; ALMEIDA, L. de A. Capacidades estatais e a implementação de políticas públicas: uma análise da agenda recente de pesquisa. **RP3 - Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, Brasília, Brasil, n. 2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rp3/article/view/24606>. Acesso em: 25 ago. 2026.

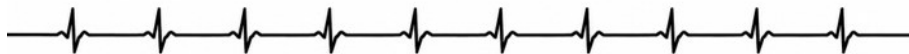
SKOCPOL, T. Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research. In: EVANS, P.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. (orgs.). **Bringing the State Back In. Cambridge**: Cambridge University Press, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion**. Genebra: WHO, 1986.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.



ÍNDICE REMISSIVO



Accountability, 55, 81, 85, 88, 108, 109, 112, 125

Araraquara, 73, 74, 75, 76, 84, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 130

Arranjos institucionais, 43, 44, 45, 46, 47, 81, 82, 83, 84, 109, 110, 111, 112, 113, 130

Atenção Básica, 73, 74, 94, 106, 107, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126

Atenção Primária à Saúde (APS), 73, 74, 91, 92, 93, 94, 105, 106, 107, 115, 121, 122, 123, 124, 125, 126

Avaliação de políticas públicas, 74, 75, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 97, 98, 99, 130

Burocracia de linha de frente, 73, 84, 85, 86, 90, 98, 99

Campinas, 19, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126

Capacidade estatal, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 97, 98, 99, 109, 110, 111, 112, 113, 130

Capacidades políticas, 75, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 97, 98, 99, 111, 112, 113, 130

Capacidades técnicas, 74, 75, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 97, 98, 99, 111, 112, 113, 130

Capitação, 46, 47, 129

Centralização, 17, 18, 23, 29, 35, 36, 37, 55, 56, 57, 83

Constituição Federal de 1988, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 74, 78, 83, 104, 105, 106, 107

Controle social, 78, 85, 112, 119, 120, 125, 126

Coordenação federativa, 16, 17, 18, 22, 36, 37, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 119, 120

Coparticipação Federal de Impostos (CFI), 22, 37, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 128, 129, 130

Descentralização, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 34, 35, 36, 37, 43, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 70, 71, 72, 73, 74, 82, 83, 84, 104, 105, 106, 115, 116, 128, 129, 130

Desenvolvimento regional, 17, 23, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 83

Desigualdades regionais, 17, 21, 22, 23, 33, 34, 35, 36, 37, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 127, 128, 129, 130

Desregulamentação, 40, 41, 42, 43, 44, 127, 128, 129

Determinantes sociais da saúde, 15, 91, 92, 93

Equidade, 13, 31, 32, 33, 52, 53, 54, 55, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 85, 118, 127

Estratégia Saúde da Família (ESF), 73, 74, 94, 115, 121, 122, 123

Federalismo, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 53, 54, 55, 56, 57, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 117, 118, 119, 120, 125

Federalismo fiscal, 22, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 128, 129, 130

Financiamento da saúde, 21, 22, 23, 33, 34, 35, 36, 42, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 115, 120, 128, 129, 130

Governança pública, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 88, 93, 108, 109, 112, 125, 126

Implementação de políticas públicas, 16, 73, 74, 75, 76, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 121

Indicadores de saúde, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 74, 86, 89, 90, 91, 92, 93, 97, 98, 99, 108, 109, 117, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 130

Integralidade, 13, 94, 106, 118, 119, 120

Intersetorialidade, 81, 82, 83, 92, 116

Medicina pré-paga, 24, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 67, 68, 69, 70, 127, 128, 129, 130

Monitoramento, 74, 75, 80, 81, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 124, 125, 126, 130

Mortalidade infantil, 50, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 93

Municipalização, 73, 74, 82, 83, 84, 104, 105, 106, 115, 116

Obras sociais, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 67, 68, 69, 70, 127, 128, 129, 130

Pacto corporativo, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 42, 43, 44, 52, 127, 128, 129, 130

Participação social, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 78, 82, 83, 84, 85, 91, 92, 93, 108, 112, 119, 120, 125, 126

Peronismo, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 52, 127, 128, 129, 130

Plano Municipal de Saúde de Campinas, 108, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126

Políticas públicas de saúde, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 104

Privatização, 43, 48, 49, 54, 127, 128, 129, 130

Programa Academia da Saúde (PAS), 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 130

Promoção da saúde, 73, 74, 75, 77, 86, 91, 92, 93, 94, 130

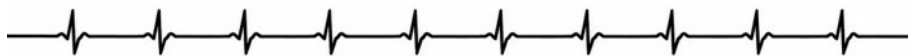
Regionalização, 57, 94, 104, 105, 106, 115, 120, 126

Relações intergovernamentais, 17, 18, 22, 53, 54, 55, 56, 57, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 108, 112, 116, 117, 118, 119, 120, 125

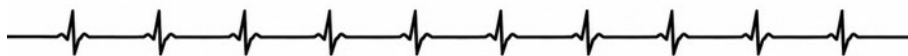
Seguridade social, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 67, 68, 69, 70, 127, 128, 129, 130

Sistema Único de Saúde (SUS), 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 73, 74, 94, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126

Universalidade, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 27, 37, 118, 127



SOBRE OS AUTORES



Luciléia Aparecida Colombo

Professora de Ciência Política do Departamento de Ciências Sociais da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), campus de Araraquara. Doutora e mestre em Ciência Política pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com trajetória de pesquisa dedicada ao federalismo, às políticas públicas, ao desenvolvimento regional, às capacidades estatais e às desigualdades territoriais. É líder do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional.

E-mail: leiacolombo@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9421549755358841>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5285-4716>

João Vinícius Brasil da Silva

Graduando em Ciências Sociais, nas modalidades de Bacharelado e Licenciatura, pela Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), campus de Araraquara. Integra o Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional e é bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Desenvolve pesquisas relacionadas ao federalismo, desenvolvimento regional e

políticas públicas de saúde, com ênfase em análises comparativas entre Brasil e Argentina.

E-mail: joao.vb.silva@unesp.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7949845207389409>

<https://orcid.org/0009-0006-0066-2524>

Hugo de Barros Pinto Grifoni

Mestrando em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, campus de Araraquara. Graduado em Administração Pública pela UNESP e em Direito pela Universidade de Araraquara. Integra atividades de pesquisa relacionadas às políticas públicas, ao federalismo e ao desenvolvimento regional.

E-mail: hugo.grifoni@unesp.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0227691312195482>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5219-5116>

Anita Lemos Nicolino

Graduanda em Ciências Sociais pela Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), campus de Araraquara. Integra o Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional e é bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Desenvolve pesquisas sobre federalismo, capacidades estatais, governança e políticas públicas de saúde.

E-mail: anita.nicolino@unesp.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9757847042380110>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4870-6949>

Download da obra:



Livro com orelha 7 cm

Papel da Capa: Duo Design (Papel Cartão) 250g

Acabamento da Capa: Laminação Brilho

Tamanho do Livro: 16x23

Quantidade: 30 exemplares

Papel do Miolo: Offset 90g

Impressão do miolo: P&B e Colorido

Páginas: 136