

A influência da Governança Global nas políticas públicas da saúde do Brasil

THE INFLUENCE OF GLOBAL GOVERNANCE IN THE PUBLIC HEALTH POLICIES OF BRAZIL

Janiffer Tammy Gusso Zarpelon

Doutoranda em Sociologia Política na UFSC, Mestre em Sociologia Política na UFSC, especialista em Educação, Meio Ambiente e Desenvolvimento pela UFPR e bacharel em Relações Internacionais pela Universidade Tuiuti do Paraná. Possui também experiência em docência e também trabalhou em empresas atuando na área ambiental e comércio exterior. E-mail: jeni2808@hotmail.com

RESUMO: No contexto das políticas públicas, se percebe que as implementações originam de um contexto coletivo, muitas vezes influenciado por um processo de governança que não ocorre no nível doméstico, mas muitas no nível internacional. Tanto as políticas públicas como o processo de Governança Global na área da saúde começaram a ser projetadas pelo risco que as doenças representavam e ainda representam para o bom andamento das sociedades. O presente artigo, a partir das contribuições teóricas sobre Governança Global, visa demonstrar a influência da Governança nas políticas públicas da saúde do Brasil.

Palavras chave: Governança Global. Saúde. Políticas Públicas.

In the context of public policy, one realizes that the implementations stem from a collective context, often influenced by a process of governance that does not occur at domestic, but at international level. Both public policy and the process of Global Governance in health care began to be designed due to the risk that the diseases represented and still represent for the good course of the societies. The present article, from the theoretical contributions on Global Governance, aims to demonstrate the influence of Governance on public health policies in Brazil.

ABSTRACT:

Keywords: Global Governance. Health. Public Policies.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo é um ensaio sobre a influência do processo de governança global na área de saúde nas políticas públicas dos países emergentes.¹ A fim de delimitar o objeto de análise já que o escopo da temática é extremamente amplo, este estudo focará nos reflexos da governança no processo de construção das políticas públicas brasileiras na área da saúde.

Segundo Fred Halliday (1999), autor da obra *Repensando as Relações Internacionais*, não existe história de uma nação puramente nacional, todas as nações ou Estados sofreram ou sofrem impacto da esfera internacional. Nesse sentido, as interações entre o nacional e o internacional sempre existiram, mesmo nos períodos mais antigos.

No contexto das políticas públicas, se percebe que as implementações originam de um contexto coletivo, muitas vezes influenciado por um processo de governança que não ocorre no nível doméstico, mas muitas no nível internacional. Tanto as políticas públicas como o processo de Governança Global na área da saúde começaram a ser projetadas pelo risco que as doenças representavam e ainda representam para o bom andamento das sociedades.

A epidemia é um dos temores mais antigos da humanidade. Durante toda a sua existência, o ser humano conviveu e convive (embora, muitas vezes sem o conhecimento das causas) com uma grande quantidade de doenças causadas por bactérias, parasitas e vírus de um lado, e por hospedeiros assintomáticos do outro, causando problemas de doenças, riscos e incertezas. Civilizações antigas como os gregos, os egípcios do II milênio ou a China relataram numerosas alusões à peste, em referência às doenças contagiosas que ameaçam a vida. (SOURNIA e RUFFIÉ, 1986).

As doenças não observam o contexto geográfico, determinado pelas fronteiras geográficas nacionais, regionais ou locais; elas se propagam com a rapidez das forças da globalização. Podemos dizer que as doenças são fenômenos transnacionais. Segundo Thomas Risse, relações transnacionais são aquelas “interações regulares através das fronteiras nacionais quando ao menos um ator é um agente não estatal”. (RISSE-KAPPEN, 2003, p. 255).

Assim este estudo, ainda em processo de construção, tem buscado refletir sobre quais os interesses da influência da Governança Global nas políticas públicas dos países. Se isso se dá pela busca de poder dos atores envolvidos ou pelo medo do risco de certas doenças transmissíveis, (percebido hoje como global) ou pela inter-relação desses dois motivos que geram o processo de Governança Global e também influenciam nas decisões políticas nacionais de alguns países.

Na primeira parte serão apresentadas as contribuições teóricas para este estudo. Em seguida, de forma bastante sucinta, o processo de construção da Governança Global na área da saúde. Depois, será descrito a construção das políticas públicas da área de saúde no Brasil. E na parte final, as considerações finais.

¹ Objeto de pesquisa de Doutorado do Programa de Sociologia Política da UFSC.

1 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

As contribuições teóricas sobre Governança Global se originam da área acadêmica de Relações Internacionais. Robert Keohane e Joseph Nye, autores da obra *Power and interdependence*, publicada em 1977, constataram que o sistema internacional começa a estar caracterizado por uma “interdependência complexa” entre as nações devido ao aprofundamento da globalização.

Globalização é definida como a integração das relações econômicas, políticas, sociais e culturais que faz com que os fenômenos não sejam mais percebidos apenas no contexto local, mas num contexto global, pois os mesmos ultrapassam as fronteiras nacionais.

Segundo Nye (2009), a globalização é o efeito da interdependência entre as nações e os Estados, situação que não é nova no sistema internacional. Desde a Grécia Antiga é possível perceber a aproximação entre os povos de diferentes nações devido a necessidades econômicas, questão de segurança, entre outros. O que é novo é a velocidade dos fenômenos e acontecimentos da atual globalização, ou seja, a rapidez com que os processos ocorrem.

Segundo Keohane e Nye (2001) interdependência é uma situação caracterizada por efeitos recíprocos entre países ou entre atores de diferentes países, ou simplesmente o estado de mútua dependência. No entanto, conforme os autores, a interdependência possui quatro dimensões: suas origens, seus benefícios, sua simetria e seus custos relativos.

Quanto às origens, a interdependência pode se originar tanto de um contexto material como social (econômico, político ou perceptivo). Quanto aos benefícios, às relações podem trazer benefício mútuo, um ganhar e outro perder, ou ambos perderem. Quanto à simetria, apesar da mútua dependência, isso não se caracterizaria que as relações são simétricas. Na verdade, as relações vão se caracterizar por esse jogo de poder, ou seja, quem vai conseguir ser menos dependente nessas relações.

E por último, quanto aos custos relativos, quer dizer que a interdependência gera custos que podem ser distinguidos por sua sensibilidade ou por sua vulnerabilidade. Sensibilidade significa os custos que são sentidos no curto prazo, ou seja, com que rapidez um acontecimento pode trazer mudanças, como por exemplo, como crise econômica. Vulnerabilidade significa os custos para mudar, reagir aos efeitos da interdependência.

Assim, no atual contexto do sistema internacional, sensíveis todos são quanto aos fenômenos e acontecimentos da interdependência. O que vai diferenciar seria o grau de sua vulnerabilidade, onde uns conseguem reagir de forma mais rápida e outros levam mais tempo e tem que arcar com custos maiores para reverter a situação.

Depois de colocarem essas quatro dimensões da interdependência, Keohane e Nye (2001) colocam que a interdependência é complexa por três características: os canais são múltiplos, ou seja, as relações são interestatais,² transgovernamentais³ e transnacionais⁴; ausência de hierarquia entre os assuntos, ou seja, que a agenda internacional não envolve mais apenas assuntos militares, mas outros temas como comercial, financeiro, ambiental, entre outros; e o poder não é mais o militar.

Para Keohane e Nye (2001) os Estados Nacionais não são os únicos atores relevantes no sistema internacional. São relevantes também as empresas multinacionais, as organizações não governamentais, as organizações intergovernamentais como ONU, OMS, OMC entre outras, igrejas, partidos políticos, governos estaduais, prefeituras e até indivíduos.

Norbert Elias, teórico das ciências sociais e autor de diversas obras, retrata que não podemos esquecer que a sociedade é feita de indivíduos. O autor retrata que as relações de interdependência levam consigo uma superação das nossas próprias normas e favorecem, em suas grandes linhas, uma integração dos indivíduos em entidades mais amplas, dotadas de capacidades superiores. A integração é tanto a expressão, em um determinado momento, de uma relação específica entre indivíduo e seu grupo de referência, quanto um movimento poderoso que transforma, continuamente, tal relação. (*apud* DEVIN, 2010, p. 67).

Devido a complexidade da interdependência atual e o aparecimento de novos atores relevantes no sistema internacional, tem feito com que os Estados nacionais não consigam mais ter controle efetivo sobre seu território e um enfraquecimento da sua soberania. Segundo Villa (1999), fenômenos transnacionais são os processos que atravessam as fronteiras nacionais e escapam a autoridade ou ao controle dos Estados nacionais.

Assim, na tentativa de dar um melhor andamento nesses fenômenos transnacionais, tem ocorrido no sistema internacional um processo de Governança. Governança pode ocorrer apenas no nível doméstico, como por exemplo, diversos atores buscando fazer a gestão de uma bacia hidrográfica brasileira, como no contexto global por meio de acordos internacionais, convenções, regimes internacionais, organizações intergovernamentais ou instituições não-governamentais.

² Relações interestatais são as relações entre os Estados Nacionais.

³ Relações transgovernamentais, para Keohane e Nye (2001), são definidas como as interações de subunidades governamentais através das fronteiras nacionais e, portanto, nessa categoria estariam as relações internacionais entre prefeituras e províncias.

⁴ Relações transnacionais, segundo Risse-Kappen (1995) são interações regulares por meio das fronteiras nacionais em que ao menos um ator é um agente não-estatal ou não opera em nome de um governo nacional ou uma organização intergovernamental.

Segundo Rosenau (2000) governança significa uma ação cooperativa de um ordenamento que pode ou não derivar responsabilidades legais formalmente prescritas e que não depende estritamente do poder dos governos nacionais. Ainda conforme o autor, Governança Global, que seria a soma das atividades em uma determinada área onde os governos locais, os Estados, instituições (públicas ou particulares), organizações não-governamentais, corporações interagem e administram seus interesses.

A Governança Global procura estabelecer um ordenamento em escala global de temas transnacionais, o que não significa uma exclusão dos governos nacionais, mas sim a edificação de um trabalho conjunto, envolvendo todos os atores mencionados para estabelecer uma nova ordem internacional. (ROSENAU, 2000). A governança global reside no processo de construção das instituições como a ONU, OMC, OMS e dos regimes internacionais para a regulação dos desafios contemporâneos, não devendo ser confundido com um governo global.

2 GOVERNANÇA GLOBAL NA ÁREA DA SAÚDE

Pode-se dizer que o marco da cooperação internacional na área da saúde no nível universal foi com a criação da OMS (Organização Mundial da Saúde), em 1948, como agência especializada da ONU. Sua sede é em Genebra e possui atualmente 193 Estados-membros. Tem como objetivo desenvolver o melhor nível de saúde para todas as pessoas. Para a organização saúde significa um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença e enfermidade”.⁵

No entanto, desde meados do século XIX, vários países iniciaram, num contexto regional, tentativas de cooperação internacional para o combate as doenças. Os países europeus, devido a Peste Negra e a Gripe Espanhola, buscavam a cooperação a fim de impedir novas epidemias (ou pandemias). Em 1902, com sede em Washington, é criada a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), sendo uma das primeiras organizações da área no nível regional. Posteriormente, dentro da Ligas das Nações, em 1919, é criado o comitê de higiene, sendo considerado o embrião da OMS.

Segundo Fidler (2001), a OMS, e posteriormente, a criação do Regulamento Sanitário Internacional em 1969, foram os primeiros conjuntos substantivos de processos, regras e instituições para a governança global em saúde.

⁵ Definição citada no Acordo Constitutivo da OMS (WHO Constitution). Disponível: <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/> Acesso: junho/2011.

Até a década de 1970, as atividades da OMS eram limitadas a intervenções técnicas e a programas específicos destinados a enfrentar doenças particulares. Apesar da existência das Organizações Intergovernamentais, o sistema internacional estava caracterizado no enfoque militar (visto como *high politics*), devido à Guerra Fria, outros temas como saúde, educação, meio ambiente sendo vistos como *low politics*, ou seja, política baixa, de segundo plano.

No final dos anos 1970, com a amenização do enfrentamento entre as duas grandes potências, Estados Unidos versus União Soviética, o sistema internacional passa a ser caracterizado pelo aumento das discussões de outras esferas que eram consideradas de segundo plano. Assim, essa mudança também se reflete no contexto da atuação da OMS, que conforme Herz e Hoffmann (2004: 146), passa a ter um caráter mais abrangente, passando a incluir questões socioeconômicas e a prevenção de doenças em geral através da melhoria das condições de vida a população.

O marco dessa orientação foi na Conferência Mundial da Saúde, em 1978, na cidade de Alma Ata, atual Almaty, no Cazaquistão. A Declaração de Alma Ata, “Saúde para todos no ano 2000”, enfatizou a necessidade da garantia ao acesso igualitário à saúde em escala global, além de relacionar a questão aos direitos humanos fundamentais. Segundo Herz e Hoffmann (2004), a meta saúde para todos em 2000 tinha como proposta tanto a intervenção estatal como das OIGs. Apesar dos avanços, houve uma enorme discrepância entre os objetivos e resultados.

Com o avanço da globalização, ocorre a mudança da forma como o sistema internacional era caracterizado, colocando novos desafios para a saúde global, o aumento exponencial de novos atores que atuam no setor, incluídas inúmeras organizações não governamentais (ONG), sobretudo a partir do final da década de 1990.

Além disso, o aumento reconhecimento da falta de um sistema de vigilância epidemiológico efetivo bem como o aumento das doenças infecciosas emergentes criaram novos desafios tanto para a pesquisa como para os sistemas de vigilância local e global, já que essa situação de emergência de certas doenças tem ocorrido em escala global devido ao comércio e à circulação mundial rápida de pessoas, animais, plantas, mercadorias e micro-organismos (vírus, bactérias, parasitas, fungos).⁶

⁶ Nesse aspecto há um debate sobre o conceito de doenças novas e doenças emergentes/reemergentes. Maiores detalhes ver: Grisotti, M. and Avila-Pires, F.D. The concept of emerging infectious disease revisited. In: Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches. Advances in Medical Sociology, Volume 11, 61–75, Emerald, 2010.

Em 1998, a Assembléia da OMS apoiou uma nova declaração, “Saúde para todos no século XXI”, tendo com objetivo estabelecer um novo paradigma na governança global na área da saúde. Apesar de defender a saúde com um direito humano universal, a estratégia da organização passa a ter um caráter liberal, buscando canalizar investimento através de parcerias público-privadas. Essa mudança de estratégia teria como principal meta aumentar a liquidez de recursos no setor, de forma que o mercado viesse a solucionar o problema da saúde. Além disso, a OMS perde a sua posição de principal financiador dos programas relacionados à saúde para o Banco Mundial. (HERZ e HOFFMANN, 2004).

Estas parcerias Público-Privadas em Saúde Global são atualmente cerca de 100, sendo que quatro delas contribuem com parcela substantiva de todo financiamento para a saúde proveniente da ajuda externa: o Fundo Global de Luta Contra o AIDS, Tuberculose e Malária (Fundo Global); a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI); o Plano de Emergência dos EUA para Alívio da AIDS (PEPFAR); e o Programa Multi-países do Banco Mundial para a AIDS (MAP). (WHO, 2009).

Em 2000, a ONU, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (ODM), a serem alcançados até o ano 2015, sendo que 5 estão relacionados a saúde: acabar com a fome e a miséria; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a AIDS, a malária e outras doenças; e qualidade de vida e respeito ao meio ambiente.

Em março de 2005, foi estabelecida a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde–CDSS (*Commission on Social Determinants of Health–CSDH*), pela OMS. A CDSS tem como meta propagar a saúde em distintos setores da sociedade, além de apoiar a construção de um movimento global para a ação em prol da equidade em saúde e dos determinantes sociais da saúde, inter-relacionando governos, organizações internacionais, instituições de pesquisa, sociedade civil e comunidades. A Comissão tem trabalhado com uma série de *Knowledge Networking Groups*, compostos por especialistas do mundo inteiro e que produzem Relatórios temáticos específicos. (ALMEIDA, 2010).

A criação dessa Comissão representou no resultado da discussão sobre a necessidade de reformas e mudanças de atuação da OMS para melhorar seu funcionamento. Além de ser acusada da falta de multidisciplinaridade, por focar seu caráter técnico, sem abranger estratégias adequadas que extrapolam questões técnicas, como também da falta de transparência das discussões da organização.

Outra atuação da OMS, no contexto da governança global na saúde, foi a ratificação do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em maio de 2005. O Regulamento anterior, adotado em 1969, aplicava somente a três enfermidades infecciosas – cólera, peste e febre amarela. O RSI (2005) tem um alcance muito maior, aplica-se às doenças (inclusive aquelas com causas novas ou desconhecidas), independente da origem ou fonte, que apresentam dano significativo aos seres humanos. O novo RSI capacita a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os países-membros a confrontarem os desafios globais de saúde do século XXI que afetam o tráfego e o comércio internacional.⁷

O RSI, obrigatório desde junho de 2007, a todos os Estados Membros, tem como objetivo melhorar a segurança sanitária mundial. O RSI de 2005 representou na concordância de governos e demais atores envolvidos a trabalharem em conjunto no combate as pandemias.

Apesar da proliferação de atores, de recursos, de apoio político em prol da saúde global e de algumas conquistas, como o acordo sobre a quebra de patentes, ainda não produziu, entretanto, mudanças compatíveis com os investimentos realizados. (WHO, 2009). Em termos gerais, segundo Almeida (2010), os sistemas de saúde em muitas partes do mundo continuam sendo um problema grave, mesmo em países com história reconhecida de sucesso econômico. Herz e Hoffmann (2004) apontam que o regime internacional de saúde, condicionado por uma lógica econômica limitada, tem acirrado no acesso desigual na saúde.

3 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

As políticas públicas têm como objetivo adotar ações para o bom andamento do meio coletivo. No contexto da saúde, as mesmas passam a serem relevantes para o interesse nacional quando se percebe que as doenças passam atingir todas as classes sociais e não mais uma classe social específica, ou seja, a dos pobres.

Conforme os autores Castro Santos, Lima e Hochman, a saúde pública passou a ser uma prioridade política do governo brasileiro na década de 1920. Sua base era o saneamento rural, que apoiado pela Fundação Rockefeller, tinha como objetivo um projeto político de construção da nacionalidade e do Estado nacional, no qual rejeitava a ideologia do determinismo climático e genético como explicação para o subdesenvolvimento brasileiro (*Apud* GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 179-180).

⁷ Informações disponíveis em:
http://www.ccd.saude.sp.gov.br/resources/ccd/pdf/5_-_para_orgaos_normativos_e_unidades_federadas.pdf
Acesso: junho/2011.

Dando sequência ao fortalecimento do Estado nacional e ao projeto desenvolvimentista do país, no período Vargas, o governo incorporou novas atribuições e alianças na área da saúde. Segundo Malloy (*Apud* GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 180), em países de industrialização recente, como o Brasil, o projeto de formação do Estado nacional estava vinculado, basicamente, ao papel de promotor e ator do processo de industrialização.

Nesse sentido, o Estado brasileiro passou a patrocinar o fortalecimento de um sistema previdenciário, ainda incipiente, baseado em Institutos de Aposentadorias e Pensões, organizados segundo a categoria profissional, que ofereciam coberturas variadas de atenção à saúde individual. (GERSCHMAN e SANTOS, 2006). Foi assim que o sistema nacional de saúde teve início, não sendo de iniciativa social, mas com base corporativa, tutelado pelo Estado.

Em 1964, por meio do golpe de Estado, inicia-se a ditadura militar. Apesar do regime se caracterizar pela ausência de direitos civis e políticos, houve avanços consideráveis na área da saúde, especialmente na década de 70 com o governo Geisel (1974-1979). Segundo Dowbor (2009), embora o acesso à saúde não tivesse se tornado um direito universal, houve a implementação de uma série de medidas que ampliavam a cobertura, fomentavam programas de atenção básica e integravam os serviços públicos de saúde ao sistema federal.

Conforme Gerschman e Santos (2006), no governo Geisel a política de saúde foi ampliada, tendo como base dois elementos principais: um processo de expansão da cobertura, evidenciado pela capitalização da saúde na compra de serviços ao setor privado e por programas como o Programa Nacional de Imunização; e projetos alternativos ao modelo hegemônico, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), capitaneados pelo recém-surgido “Partido Sanitário”, que questionava o modelo adotado para a saúde.

O “Partido Sanitário” não chegou a ser um partido político, foi na verdade um movimento sanitário que se constituiu ao longo dos anos 1970, por profissionais da área de saúde de vários segmentos com idéias reformistas, onde os princípios e as diretrizes desse movimento serviram de base para a criação do SUS. (GERSCHMAN e SANTOS, 2006; DOWBOR, 2009).

Segundo Cordeiro, os sanitaristas - assim chamados os participantes do movimento sanitário, que antes tinham pouco peso nas discussões políticas passaram a ocupar posições-chave na estrutura organizacional dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. (*Apud* GERSCHMAN e SANTOS, 2006). O modelo assistencial-privatista do Brasil permitia a influência de organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde, no qual abriu brechas para a inserção de uma inteligência técnica tanto dentro do Estado como no Ministério da Saúde. (BRASIL, 2006).

O movimento sanitário e outros grupos da sociedade civil passaram a pressionar no redirecionamento das políticas de saúde:

- Na esfera do Estado: a formulação, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Previdência, do Prev-saúde (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde) - 1980, como um plano nacional alternativo de saúde, baseado em recomendações da Organização Mundial da Saúde; e o II Plano Nacional de Desenvolvimento, em que é apresentada a necessidade de políticas sociais mais contundentes;
- Na esfera da sociedade civil: o surgimento de movimentos sociais de periferias urbanas, reivindicando acesso aos serviços de saúde e, também, a criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (1979) que vão canalizar o debate político-ideológico sobre as políticas de saúde. (BRASIL, 2006).

A proposta do Prev-Saúde, baseada na descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, conflitava com o modelo médico-assistencial vigente. O projeto foi engavetado poucos anos depois. Com a extinção do Prev-Saúde, é criado, em 1981, o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária.

Neste íterim, no final da década de 1970, a ditadura militar começa a apresentar uma crise político-ideológica e fiscal da previdência. Devido ao desgaste do regime, o Estado fica impossibilitado de fazer imposições autoritárias, como havia sido feito, até então. Em 1979 é realizado o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, em que o pensamento crítico oposicionista-reformista aponta a crise do sistema de saúde do país, bem como a necessidade de democratização da sociedade, como requisito de sua superação. É a primeira vez que se apresenta, de forma “pública, extensa e bastante consensual”, a proposta do Sistema Único de Saúde. (RODRIGUEZ NETO, 1988:34 *Apud* BRASIL, 2006, p. 40).

No início dos anos 1980, surgem os primeiros convênios do INAMPS com os estados e municípios, cujos orçamentos não conseguiam fazer nada em saúde. Assim, os estados e municípios passam a ser os novos vendedores de serviços ao INAMPS, já que este praticamente só comprava serviços do setor privado. (BRASIL, 2006).

A queda do regime militar ocorre em 1985, quando é instaurada a Nova República. As discussões sobre a reforma na área de saúde continuam a pressionar o governo. Em março de 1986, é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, congregando o expressivo número de 5.000 (cinco mil) participantes, provenientes de um leque bastante diversificado de agentes/sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada.

No tocante à participação, resultaram da 8ª CNS as seguintes diretrizes:

- A afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;
- A reformulação das Ações Integradas de Saúde – AIS, de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época (CIS, CRIS e CIMS);

- A constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto por representantes de: ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, a exemplo de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. Ao conselho seriam conferidas atribuições de orientação do desenvolvimento e de avaliação do Sistema Único de Saúde, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações;
- A formação de conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja composição deveria incluir representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos programas de saúde. Também se alerta para a garantia de eleição das direções das unidades de saúde pelos seus trabalhadores, bem como por sua comunidade usuária. (BRASIL, 1987, p. 17-18).

O precursor do SUS foi o SUDS - Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, implementado pelo Decreto nº 94.657/87. No entanto, era no contexto das discussões sobre as reformas da Constituição que se buscava inserir as propostas das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A Constituição de 1988 acaba incorporando as principais diretrizes da 8ª CNS, na seção II, mas o detalhamento e regulamentação de tais diretrizes foram remetidos para a legislação complementar. Quanto à questão da participação, o artigo 198 da referida seção II fixou: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a integralidade de atendimento, priorizando-se ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade. (BRASIL, 2006, p. 53)

O SUS fora criado e aprovado pela Constituição Federal, reconhecendo o direito de acesso universal à saúde para toda a população, tendo como base a descentralização das ações. Aponta o município como o grande executor das dessas ações. Conforme Dowbor (2009) houve o papel preponderante do Ministério da Saúde e dos secretários municipais de saúde nas negociações em torno das reformas. Ambos foram responsáveis pela elaboração das normas que operacionalizavam o SUS: o MS, como órgão executivo editor das normas, e os secretários, institucionalizados numa organização nacional, como partícipes ativos no seu desenho.

Em 1993, é aprovada a regulamentação do processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, por meio da Norma Operacional Básica. No mesmo ano o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) é extinto. Em 1996, o Brasil é o primeiro país em desenvolvimento a fornecer, através do SUS, de forma gratuita medicamentos da terapia antirretroviral aos portadores de HIV/AIDS.

Em 1998 é aprovada a Lei 9565/98 que regulamenta os planos e cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tem como missão primordial a correção de falhas de mercado e a garantia do cumprimento de contratos dos planos de saúde. Segundo Braga e Silva (2001), com esta lei fica definitivamente sacramentada a perspectiva da mercantilização da atenção à saúde.

Em 1999, é estabelecido no país o medicamento genérico, assim como a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos. No contexto da AIDS, segundo Costa-Couto (2003), esta epidemia era retratada nos anos 1990 como um problema de política internacional de desenvolvimento. O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a distribuir a terapia antirretroviral (TARV) através do sistema público de saúde, sendo reconhecido internacionalmente por suas ações. Apesar dos custos desse programa no Brasil terem sido altos no seu início, houve uma política brasileira bastante “agressiva” pressionando as indústrias farmacêuticas para a redução dos custos. A ameaça constante de quebra das leis de proteção as patentes - por meio da “licença compulsória” -, a produção local dos fármacos (com o princípio ativo importado) e, ainda, a instituição dos medicamentos genéricos no país, resultaram na redução dos custos de fornecimento e no estabelecimento de melhores patamares de negociação com o complexo industrial farmacêutico.⁸

Somente em 2001 é aprovada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que define a regionalização e a descentralização da assistência à saúde. O texto da Constituição não distinguiu os níveis de atenção – básico, médio e complexo – referindo-se genericamente aos serviços de saúde. A NOAS de 2001 reverteu esta tendência, ao reservar à União e aos estados a gestão da média e alta complexidade. (ARRETCHE, 2003, p. 337).

Em 2006, fora assinado o Pacto de Gestão a fim de introduzir as mudanças determinadas na NOAS com o objetivo de promover uma regionalização solidária e cooperativa. Essa regionalização visa atender os objetivos finais estabelecidos constitucionalmente para o SUS. (MACHADO, 2009). Esse processo de regionalização, ainda em desenvolvimento, devido à burocracia e aos conflitos de interesses nas esferas, busca facilitar o andamento das questões da saúde dando maior autonomia aos agentes de saúde municipais.

Como esta pesquisa está ainda em construção, neste momento se verificou a importância de primeiro retratar sobre a história da saúde pública para constatar as influências da *governança global* no processo de desenvolvimento das políticas públicas no Brasil, ficando ainda em aberto, para um melhor desenvolvimento futuro, sobre uma análise da questão da assistência à saúde no Brasil.

⁸ Teixeira P, Vitória M, Barcarolo J. The Brazilian experience in proving universal access to anti-retroviral therapy. In: Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges. Paris: ANRS, 2003. Citado por COSTA-COUTO e NASCIMENTO. *Assimetria nas relações internacionais, propriedade industrial e medicamentos anti-aids*. 2008. p. 1874.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da pesquisa ainda estar em processo de construção, é possível fazer algumas reflexões sobre o tema. Com o aumento da percepção sobre os riscos e a necessidade de mitigar os mesmos, tem se verificado a realização de debates e discussões tanto no nível local como no nível internacional, principalmente no contexto ambiental e na área da saúde. A partir desses debates tem surgido um processo chamado de *governança*. Não que todos os processos de governança surjam a partir do aumento da percepção dos riscos e da realização de debates, mas no contexto da saúde e do meio ambiente percebe-se que o processo de construção de uma governança nessas áreas se deu pelos fatores citados acima.

Esse processo de governança na área de saúde ganhou força principalmente após a segunda guerra mundial, onde os países passam a cooperar mais devido ao medo de um novo conflito internacional. É também neste período que as forças do capitalismo começam a atravessar as fronteiras para os países em desenvolvimento ou chamados na época de países subdesenvolvidos.

Podemos perceber que é na mesma época que as políticas públicas na área de saúde no Brasil começam a serem implementadas. Um dos principais fatores para a adoção das políticas públicas da área de saúde no país foi para possibilitar seu desenvolvimento econômico. Em outras palavras, tinham como objetivo ajudar no interesse nacional, ou seja, no seu crescimento econômico.

Assim, retorno ao que o autor Fred Halliday (**ano**) coloca que não existe história puramente nacional. As ações na saúde pública tinham como meta possibilitar o crescimento econômico do país, já que pessoas doentes não poderiam trabalhar e ajudar no processo de industrialização do país. Nos dias de hoje, o contexto internacional pode ser observado pelas influências do sistema neoliberal, sistema econômico defendido por FMI para ser adotado pelas nações capitalistas, no processo da descentralização do SUS.

Como atualmente nos encontramos num processo de interdependência, essa influência se torna ainda mais forte, já que os fenômenos passam a ser transnacionais e não mais locais, principalmente quando se trata de epidemias e questões sanitárias. Assim, a partir das considerações preliminares sobre a pesquisa pode-se observar que as políticas públicas, que se encontram no nível doméstico, acabam em alguma medida influenciadas pelo processo que hoje é chamado de *Governança Global*.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.148-164, mar., 2010.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: vol. 8, nº 2. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28/agosto/2011.

BRAGA, José Carlos Souza; SILVA, Pedro Luís Barros. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil". *In*: B. Negri e G. Di Giovanni (orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2001. p. 291-305.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.430.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, 2006. p. 297.

COSTA-COUTO, M. H. **Novos horizontes para as políticas públicas em HIV/AIDS: uma aproximação às questões da contemporaneidade**. Dissertação (mestrado) Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. RJ, 2002. 136f

DEVIN, Guillaume. Norbert Elias e a análise das Relações Internacionais. *IN*: MILANI, C. (Org.). **Relações Internacionais: perspectivas francesas**. Salvador: EDUFBA, 2010. p.59-92.

DOWBOR, Monica. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. **Lua Nova**, São Paulo, V. 78, p. 185-222, 2009.

FIDLER, D.P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bull WHO**, v.79, n.9, p. 842-849, 2001.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas do século XX. **RBCS**, Vol. 21 nº. 61 junho/2006.

HALLIDAY, Fred. **Repensando as Relações Internacionais**. Porto Alegre: UFRGS, 1999. p. 308.

HERZ, Mônica; HOFFMANN, Andrea Ribeiro. **Organizações Internacionais: história e práticas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 268.

KEOHNE, Robert O.; NYE, Joseph S. **Power and interdependence**. Nova York: Harper Collins, 2001.

MACHADO, José Angelo. Pacto de gestão na Saúde. Até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”fi **RBCS**, Vol. 24, nº 71, outubro/2009.

NYE, Joseph S. **Cooperação e conflito nas relações internacionais**. São Paulo: Editora Gente, 2009. p. 369.

RISSE-KAPPEN, T. (Ed.). **Bringing Transnational Relations Back In: non-state actors, domestic structures and international institutions**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

RISSE- KAPPEN, T. Transnational actors and world politics. In: CARLSNAES, Walter; RISSE-KAPPEN, Thomas; e SIMMONS, Beth A. **Handbook of international relations**. Londres: Sage, 2003.

ROSENAU, James N. Governança, ordem e transformação na política mundial. In: ROSENAU, James.N; CZEMPIEL, Ernest-Otto. (Orgs). **Governança sem Governo: ordem e transformação na política mundial**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. p. 11-46.

SARFATI, Gilberto. **Teorias de Relações Internacionais**. São Paulo: Saraiva, 2005. p. 383.

SOURNIA, Jean-Charles; RUFFIÉ, Jacques. **As epidemias na História do Homem**. Editora: Edições 70, 1986.

VILLA, Rafael Antonio Duarte. **Da crise do realismo à segurança global multidimensional**. São Paulo: Annablume, 1999. p.243

WHO (World Health Organization). Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An Assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. **The Lancet**, v.373, p.2137-69, June 2009.

Recebido em 26.03.2012
Aprovado em 19.08.2012