

Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha

Social capital and quality of healthcare:
the experiences of Brazil and Catalonia

Selma Cristina Franco ¹
Angel Martinez Hernaez ²

Abstract *Distinct models of health management reflect the core principles upon which they were founded and their institutional arrangement can lead to the improvement of health policy. This paper seeks to reflect on the potential benefits and limitations of the organizational structure and the social capital to lead to changes in the performance of public health organizations in the quest for enhanced quality of care. The description and analysis of two experiences of universal public health systems, in Catalonia and in Brazil, reveal similarities in the legal basis of both health systems. However, the mode of deployment differed greatly, which gave rise to divergent management experiences. One prioritized managerial organization, while the other concentrated on the importance of the social actors promoting the institutionalization of social capital. It is suggested that models of management with dialogue between an efficient organizational design and citizen participation capable of constructing social capital may lead to change in the organizational culture and enhance the quality of care.*

Key words *Health management, Quality of health care, Citizen participation, Institutional organization*

Resumo *Os diferentes modelos de gestão da saúde refletem as concepções que os embasam e seus arranjos institucionais podem propiciar o aprimoramento da política de saúde. O presente artigo objetiva fazer uma reflexão sobre as potencialidades e os limites da estrutura organizacional e do capital social para produzirem mudanças no desempenho das organizações públicas de saúde na busca de melhor qualidade assistencial. A descrição e a análise de duas experiências de organização de sistemas públicos de saúde universais, na Catalunha e no Brasil, mostram similaridades nos marcos legais, porém com uma diversidade de caminhos trilhados, que deu origem a experiências distintas de gestão, uma priorizando a organização gerencial e a outra o protagonismo de atores sociais promovendo a institucionalização do capital social. Sugere-se que em modelos de gestão onde há diálogo entre um desenho organizacional eficiente e participação cidadã capaz de construir capital social, pode-se promover mudanças na cultura organizacional em prol da qualidade assistencial.*

Palavras-chave *Gestão em Saúde, Qualidade da Assistência à Saúde, Participação cidadã, Organização Institucional*

¹ Mestrado em Saúde e Meio Ambiente, Universidade da Região de Joinville. R. Paulo Malschitzki 10/Bl. A/227B Campus universitário, Zona Industrial. 89219-710 Joinville SC.

scfranco@terra.com.br

² Universitat Rovira i Virgili.

Introdução

A qualidade da atenção à saúde é uma temática que permanece na agenda dos países que construíram suas políticas sociais, dentre elas a de saúde, a partir da segunda metade do século XX. Tal interesse se deve, por um lado, às pressões advindas do capital em busca de eficiência organizacional, principalmente em momentos de crise econômica e, por outro, aos resultados distintos alcançados por estes países com relação à resolatividade, eficácia, eficiência, efetividade e outros atributos que compõem o conceito de qualidade^{1,2}. Dessa forma, o debate permanece aberto na tentativa de se construir caminhos para as mudanças pretendidas no que tange à qualidade da assistência oferecida, as quais passam necessariamente pelo aprimoramento do desempenho das instituições públicas e, neste caso, as de saúde.

Na literatura, o tema da qualidade em saúde é abordado de forma multidisciplinar, porém é possível constatar uma maior contribuição teórico-metodológica da área de Epidemiologia com seus métodos, técnicas e procedimentos para aferir a qualidade da atenção sob os mais diversos enfoques, majoritariamente por meio de medidas quantitativas³. A perspectiva que prevalece ao se avaliar a qualidade é a operacional, como uma ferramenta de gestão aliada ao Planejamento e à Administração¹. Identifica-se ainda contribuições teóricas oriundas tanto da área de análise de políticas públicas, presentes na literatura da Saúde Coletiva, quanto as advindas das Ciências Sociais e Humanas, algumas destas últimas impregnadas pelo referencial teórico estrutural-funcionalista (Parsons) e pela teoria clássica da administração (Taylor e Fayol)⁴, fato que coloca limites para a compreensão de temática tão abrangente e complexa. Dentre os conceitos basilares desta última perspectiva, presentes na produção teórica, pode-se destacar:

(a) concepção da organização/sociedade como um sistema estável e que tende à homeostase, desconsiderando que o campo da constituição de políticas e das práticas de saúde é um espaço de disputa entre sujeitos coletivos. A perspectiva estrutural-funcionalista nega ou minusvalora a existência de conflitos de interesse entre os atores sociais, como se todos, de forma isenta, introjetassem e partilhassem os mesmos valores sociais, neste caso, os formulados e defendidos pelo SUS na forma de princípios;

(b) tentativa de construir consenso, considerando as divergências entre os sujeitos como disfunções a serem ‘trabalhadas gerencialmente’ pe-

las organizações de saúde. Tal conceito, derivado do primeiro, busca ocultar o fato de que a multiplicidade de sujeitos envolvidos na complexa produção social da saúde torna impossível que as políticas do setor saúde contemplem todos os interesses, daí a tensão resultante e a necessidade de haver negociação neste campo tensionado cotidianamente. Consequentemente, identifica-se uma abordagem gerencial pré-concebida para lidar e ‘resolver’ as situações conflitivas;

(c) racionalidade gerencial hegemônica enfatizando a disciplina e o controle na busca da eficiência. Este aspecto está bem estabelecido por meio de fluxos nas diferentes propostas de modelos de qualidade organizacional. Ou seja, as “organizações são como instrumentos racionalmente desenhados para alcançar objetivos pré-definidos. (...) as tarefas e as atividades são estruturadas segundo racionalidade técnica ou instrumental, ou seja, da maneira mais racional para que os fins sejam atingidos com uma eficiência máxima”^{4,5}.

Como exemplo de intervenções no campo da avaliação de qualidade baseadas neste paradigma, pode-se citar a implantação de modelos de qualidade em sistemas públicos de saúde de diversos países. No caso da Espanha, destaca-se a experiência da Catalunha, comunidade autônoma daquele país, reconhecida nos últimos anos pelo bom desempenho de suas instituições de saúde^{6,7}. Em tais modelos, atribui-se a qualidade alcançada pela rede assistencial primordialmente à estrutura organizacional e ao controle de processos, sendo os atores vistos como um dos recursos da organização, os recursos humanos, que precisam ser aperfeiçoados para lograrem um rendimento máximo.

A grande maioria dos trabalhos publicados sobre qualidade em saúde evidencia assim um déficit em relação aos atores sociais enquanto sujeitos portadores de múltiplos projetos e interesses, com visões distintas sobre a organização, os quais por deterem controles diversos sobre os recursos desempenham poderes e papéis ativos na construção da organização, podendo afastá-la de seus objetivos primordiais para os quais foram criadas⁵.

Como contraposição ao paradigma estrutural-funcionalista, autores filiados a outras correntes de pensamento concebem a vida organizacional de maneira distinta, buscando entender o papel e a interação dos atores sociais ou de pequenos grupos dentro das organizações, tais como Bourdieu e o estruturacionismo. Este autor faz uma crítica à linha que concebe o ator social como mero executor de regras e, ao discu-

tir a relação entre estrutura e ação, situa o ator social, o qual ele prefere chamar de agente, em um espaço onde se manifestam as relações de poder, o 'campo', estruturado com base na distribuição desigual de capital social dos agentes⁸:

... os grupos instituídos delegaram seu capital social a todos os seus membros, mas a graus muito desiguais (do simples laico ao papa ou do ativista ao secretário geral), todo o capital coletivo podia ser individualizado em um agente singular que o concentra e que, embora tenha todo o seu poder do grupo, pode exercer sobre o grupo (e em certa medida contra o grupo) o poder que o grupo lhe permite concentrar. [tradução do autor]

Na área da avaliação em saúde, o capital social pode ser uma categoria capaz de expressar o protagonismo dos atores sociais em relação ao desempenho institucional e à consequente qualidade assistencial, conforme sugerem autores que propõem modelos baseados na democratização da gestão^{9,10} e que analisam a experiência de participação social organizada no SUS brasileiro por meio dos conselhos de saúde^{11,12}. O processo de construção e institucionalização de capital social dentro do sistema de saúde exemplifica o papel que as instituições podem desempenhar, constituindo um modelo inédito para o fortalecimento de uma cultura política participativa e o aperfeiçoamento das políticas públicas. É importante mencionar que esta abordagem foi uma opção dos autores do presente trabalho, já que a diretriz de participação social no SUS não esteve originalmente vinculada à ideia de capital social, mas de democratização em sua acepção plena.

Baseadas em paradigmas distintos, as experiências da Catalunha, com um modelo que privilegia a estruturação organizacional, e do Brasil, com o capital social em processo de institucionalização dentro do sistema de saúde, proporcionam duas vertentes que parecem contribuir de forma complementar para o bom desempenho das instituições de saúde na atualidade.

Diante disso, o presente artigo objetiva fazer uma reflexão sobre as potencialidades e os limites destes modelos que enfocam, respectivamente, a estrutura organizacional e o capital social para produzirem mudanças no desempenho das organizações públicas de saúde em busca de uma melhor qualidade assistencial e, para tanto, descrevem-se e analisam-se as duas experiências de organização de sistemas públicos de saúde universais, na Catalunha e no Brasil. Pretende-se mostrar a diversidade de caminhos trilhados, que deu origem a experiências distintas na busca da qualidade assistencial.

O artigo está estruturado em três partes: contextos históricos e marcos legais dos sistemas de saúde espanhol, em especial o da Catalunha, e o brasileiro; modelo de qualidade catalão e construção do capital social no SUS brasileiro; e, finalmente, contribuições das duas experiências com relação à qualidade da atenção à saúde, propondo-se um diálogo entre ambos em prol da construção de um modelo de qualidade para as instituições públicas de saúde.

Marco legal dos sistemas de saúde espanhol/catalão e brasileiro

Apesar de numerosas diferenças quanto à história, inserção mundial, regime político, organização político-territorial, porte populacional, entre outras, Brasil e Espanha apresentam similaridades no que concerne ao caráter relativamente recente dos processos de redemocratização e aos marcos legais que instituíram seus sistemas públicos de saúde (Quadro 1). Ambos os sistemas de saúde foram inscritos dentro da Seguridade Social, tendo sido a constituição espanhola promulgada uma década antes da brasileira. No caso espanhol, o artigo 41 estabeleceu o regime público da Seguridade Social e o artigo 43 reconheceu o direito à proteção à saúde, cabendo ao poder público, a tutela da saúde pública e a organização da provisão da atenção aos cidadãos¹³. Diferentemente do Brasil, as diretrizes ético-filosóficas – universalidade, equidade e integralidade – e diretrizes operacionais – descentralização, regionalização e participação da sociedade – que são comuns a ambos os sistemas, não foram estabelecidas nessa ocasião, mas sim oito anos mais tarde, com a Lei Geral da Sanidade¹⁴. No Brasil, esse processo se deu conjuntamente com a promulgação da constituição brasileira a qual, refletindo a força social do movimento da Reforma Sanitária, não apenas afirmou o direito à saúde e o conceito ampliado de saúde, como também estabeleceu os princípios e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁵.

O processo de descentralização ocorreu de forma paulatina na Espanha com a transferência de responsabilidades para as comunidades autônomas, diferentemente do Brasil, onde chegou até os municípios, hoje os principais executores da política de saúde.

Somente 13 anos após a constituição, publicou-se a lei que estabeleceu as bases para o financiamento do sistema nacional de saúde espanhol¹⁶, baseada na experiência prévia de provisão de assistência. No Brasil, os marcos legais

Quadro 1. Contexto de criação dos sistemas de saúde da Catalunha e do Brasil.

	Catalunha	Brasil
Forma de governo do país	Monarquia parlamentarista	República Federativa Presidencialista
Ditadura militar	1939-1975	1964-1984
Transição democrática	1975-1978	1974-1989
População 2010	7,5 milhões	190,7 milhões
Marco legal – criação da Seguridade Social pública – SNS	Constituição 1978 – Artigos 41 e 43	Constituição 1988 – Artigos 194 e 195
Marco legal descentralização das atribuições	*Lei 12/1983 descentralização e gestão da seguridade social na Catalunha	NOBs 91,93,96 e NOAS 01 e 02, Pacto pela Saúde (2006)
Marco legal - organização do SNS – princípios	Lei 14/1986 – Geral da Sanidade: público, universalidade, gratuidade, direitos/deveres, descentralização política, integração de estruturas, áreas de saúde, novo modelo de APS (integração entre assistência, prevenção, promoção e reabilitação)	Leis 8080/1990 –LOS – público, universalidade, descentralização executora, equidade, integralidade, hierarquização, controle social
Marco legal - ordenação do sistema sanitário a nível regional	*LOSC – Lei 15/1990 Ordenação Sanitária da Catalunha	-
Marco legal - qualidade	Lei 16/2003	Não há

* LOSC – Lei de Ordenação Sanitária da Catalunha

estruturantes do SUS foram estabelecidos em um tempo mais curto, sendo a Lei Orgânica da Saúde¹⁷ aprovada dois anos após a constituição juntamente com a que estabeleceu as diretrizes para o financiamento¹⁸.

Com relação à institucionalização da qualidade, o grande diferencial entre os dois países foi o marco legal espanhol¹⁹, a chamada Lei de Coesão e Qualidade, que definiu os parâmetros para a provisão de serviços de saúde e a política de recursos humanos, considerados basilares para o Plano de Qualidade do Sistema de Saúde. A lei propõe que a organização do Sistema Nacional de Saúde seja orientada para os resultados da atenção, fomente o papel dos usuários nas decisões, promova o comprometimento dos profissionais, baseie as atividades clínicas em evidências científicas e integre a atenção em todos os níveis. Sem interferir na gestão e na diversidade da organização das comunidades autônomas, a lei constituiu

um instrumento para oferecer garantias básicas comuns a todos os cidadãos, explicitando um catálogo de serviços preventivos, diagnósticos, terapêuticos, reabilitadores e de promoção da saúde e compreendendo a atenção primária e especializada, atenção aos pacientes crônicos (designada de atenção socio sanitária), atenção às urgências, farmácia, órteses e próteses, produtos dietéticos, transporte sanitário, além das ações de saúde pública (no modelo espanhol, compreende a vigilância epidemiológica, a prevenção de doenças, a promoção da segurança alimentar, a prevenção e o controle dos efeitos dos fatores ambientais sobre a saúde). Este catálogo é revisado anualmente, podendo haver inclusão de novas técnicas, tecnologias e procedimentos, previamente avaliados e considerados custo-efetivos. Este ponto constitui um grande diferencial em relação ao SUS brasileiro, no qual a legislação deixou em aberto durante muitos anos a possibilidade de se

incluir na assistência toda e qualquer tecnologia médica, até mesmo aquelas não regulamentadas no país, por meio de ações judiciais. Somente em 2011, estipulou-se uma relação de ações e serviços de saúde a serem oferecidos aos usuários do SUS²⁰. Além disso, no Brasil, não se instituiu um instrumento legal de tal potência, mas um conjunto de normativas e portarias visando melhorar a qualidade assistencial e corresponsabilizar os Estados e municípios em seus respectivos âmbitos de atuação.

A gestão do sistema de saúde espanhol é realizada por meio do Conselho Interterritorial constituído pelo ministro da sanidade e representantes das dezessete comunidades autônomas. Em nível regional, cada comunidade possui um departamento de saúde responsável pela regulação e planejamento, além de um serviço regional que organiza a provisão da atenção à saúde em seu território²¹. No Brasil, ocorreu uma maior institucionalização da gestão nacional e regional do SUS com a atuação das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB), propiciando um forte protagonismo dos estados e municípios²².

Em ambos os países, o cartão nacional de saúde está apenas parcialmente implantado. Atualmente, o gasto público espanhol em saúde é maior do que o brasileiro (1.896 *versus* 490 dólares per capita em 2009) ainda que tenha diminuído nos últimos anos como consequência da crise econômica. As pesquisas e as avaliações realizadas periodicamente na Espanha, especialmente as enquetes de satisfação dos cidadãos, a avaliação do plano de saúde da Catalunha e a avaliação da atenção especializada e hospitalar sugerem haver uma boa qualidade dos serviços ofertados em termos de acesso, resolutividade, resultados sanitários e satisfação dos cidadãos^{6,7,22}. Vale mencionar que cerca de 13% dos espanhóis possuem seguro privado de saúde, enquanto no Brasil este índice é da ordem de 25%²¹⁻²³.

Esta breve descrição visou apenas contextualizar a implantação do modelo de qualidade da Catalunha e também traçar algumas semelhanças no contexto político, na cronologia dos marcos legais e nos modelos de organização da atenção à saúde dos dois países. Entretanto, vale ressaltar que qualquer comparação entre políticas sociais, mais especificamente entre sistemas de saúde, apesar das semelhanças que possam ter, deve levar em consideração as diferenças sócio-econômico-culturais e os distintos processos históricos na conquista do direito à saúde, os quais produzem substanciais diferenças na ges-

tão, no financiamento e inclusive no perfil epidemiológico das populações analisadas²².

O modelo catalão de qualidade na saúde

A Catalunha foi a primeira comunidade espanhola a assumir legalmente a gestão da Seguridade Social, incluindo a provisão da atenção à saúde^{24,25}. A partir da Lei Geral da Sanidade¹⁴ que definiu o modelo sanitário público espanhol, quatro anos mais tarde publicou-se a Lei de Ordenação Sanitária da Catalunha (LOSC) que regulamentou e organizou a provisão da atenção à saúde no âmbito da comunidade²⁶. Porém, a configuração atual do sistema de saúde catalão já havia sido desenhada desde o início dos anos 80, quando o processo de descentralização com insuficiência dos recursos repassados do governo central para a Seguridade Social, levou a Catalunha a aproveitar a infraestrutura sanitária desenvolvida anteriormente para responder às necessidades da população. Neste contexto, identificou-se a necessidade de ordenar, planejar e fazer a gestão dos serviços visando aperfeiçoar a qualidade assistencial, o que levou à implantação de mecanismos de gestão empresarial. Instituiu-se a regulação da acreditação de centros e unidades assistenciais e criou-se o Instituto Catalão de Saúde (ICS) como entidade gestora da Seguridade Social da Catalunha. Até o final dos anos 80, buscou-se introduzir uma nova cultura organizacional, adotando a estrutura de empresa de serviços como modelo de funcionamento. A estratégia era de que a administração da comunidade autônoma estabelecesse uma relação de compra de serviços e não de gestora direta da produção. Assim, no início dos anos 90, com a LOSC, criou-se o Serviço Catalão de Saúde (CatSalud) que passou a ser o ente público responsável pela gestão do sistema sanitário catalão. Hoje ele planeja, avalia e regula a oferta e a compra de serviços de saúde que são prestados por entidades públicas e privadas não lucrativas, de forma descentralizada em oito regiões de saúde²⁷. Consolidou-se, assim, um modelo sanitário misto.

Na atuação do CatSalud há dois aspectos centrais: o primeiro é a separação das funções de financiamento e compra de serviços sanitários de sua produção; o segundo é a utilização de instrumentos de planejamento e a celebração de contrato para monitorar continuamente os resultados. Assim, o Catsalud contrata os provedores, que assumem a responsabilidade de realizar a assistência sanitária dentro dos padrões de eficiência e qualidade estabelecidos mediante con-

trato²⁸, estabelecendo regras e definindo indicadores de qualidade, eficiência e eficácia, por meio dos quais avalia os provedores e distribui os recursos de acordo com os compromissos assumidos. É um modelo em que os contratos são elementos reguladores do sistema, definindo as responsabilidades de ambas as partes.

O modelo de qualidade adotado na rede de saúde da Catalunha é o European Foundation for Quality Management (EFQM), modelo empresarial de excelência usado na Europa, fundamentado na filosofia da Gestão da Qualidade Total. Adaptado ao setor público desde 1995, este modelo propõe um conjunto de critérios de excelência divididos em dois grupos: facilitadores (liderança, pessoas, política e estratégias, alianças e recursos, processos) e resultados (nas pessoas, nos clientes, na sociedade e resultados chave)²⁹.

Nessa trajetória de pouco mais de três décadas, o sistema de saúde catalão institucionalizou um conjunto de ferramentas gerenciais que lhe possibilitam sistematizar a avaliação da qualidade. A separação das funções de gestão do sistema, regulação/planificação, e de execução das ações de saúde, é um modelo interessante para a realidade da Catalunha e que tem sido defendido por profissionais que atuam no SUS brasileiro como uma possibilidade de rearranjo institucional a ser considerada³⁰.

Apesar das vantagens, a maior limitação ao modelo é a pouca participação dos atores sociais envolvidos na produção social da saúde, embora seja possível identificar esforços nesse sentido, tais como as pesquisas de satisfação dos usuários, inquéritos sobre a qualidade percebida e a satisfação obtida com a atenção recebida em todos os níveis da rede assistencial da Catalunha e que são realizados anualmente de forma sistemática desde 2003 pelo Catsby²¹. Há ainda os encontros anuais entre gestores, provedores de atenção e profissionais para divulgar os resultados sanitários alcançados²¹. Estas formas de participação parecem ser insuficientes para se criar espaços de interação e produção de sujeitos e de coletivos que partilham o desejo de construir uma política de saúde universal e equânime. Trata-se de iniciativas mais voltadas para a divulgação e a prestação de contas, porém mantendo a verticalidade gerencial, de forma diversa à experiência brasileira dos conselhos de saúde, nos quais a institucionalização do debate com os profissionais e a população vem produzindo exemplos de arranjos descentralizados, solidários e permeáveis à participação popular com compromisso e corresponsabilização dos atores que

ali deliberam democraticamente sobre a política de saúde.

Controle social, participação política e capital social: organização cidadã em prol da qualidade da atenção à saúde

Nos últimos anos, a democratização das instituições públicas tem sido considerada elemento central para aprimorar o desempenho institucional e, conseqüentemente, a eficiência e a sustentabilidade das políticas sociais³¹. Assim, propostas que fomentem a participação política e a produção de cidadãos críticos vêm ganhando espaço nas discussões da relação entre Estado e sociedade. O SUS traz exemplos de arranjos institucionais inovadores com mecanismos de ingerência política da sociedade na formulação das políticas públicas de saúde e no próprio desempenho das organizações, tais como o modelo de cogestão e os conselhos de saúde.

Segundo o modelo de cogestão, a construção de relações horizontais que garantam a ampla participação dos trabalhadores de saúde nas decisões cotidianas das organizações de saúde, poderia interferir em sua dinâmica e produzir maior compromisso e solidariedade com o interesse público. Dessa forma, criam-se espaços coletivos como estratégia de democratização das relações de poder, rompendo com os dispositivos de controle presentes na racionalidade administrativa⁹. Tal modelo permite compartilhar os espaços de poder também com a população, ultrapassando assim as fronteiras institucionais¹⁰.

Os conselhos de saúde constituem um exemplo desta proposta mais abrangente de cogestão, sendo atualmente a experiência mais destacada de participação da sociedade civil em fóruns de decisão política, com poder deliberativo para exercer o controle social, definido como “capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde”³². Desde a lei 8.142/90 até os dias atuais criaram-se milhares de conselhos de saúde em todo o país, constituindo uma experiência única de participação e inclusão de diferentes atores sociais, cujo empoderamento pode agir no sentido de capacitá-los para empreender ações coletivas e resultar em capital social^{11,12}.

O conceito de capital social vem sendo utilizado para designar os sistemas horizontais de participação cívica, tais como associações comunitárias, cooperativas, grêmios desportivos, en-

tre outros, cujas características centrais são a confiança, a cooperação e a reciprocidade que constroem solidariedade e comportamento cívico¹¹. Embora a noção de capital social esteja implícita nos trabalhos de pensadores do século XIX, como Durkheim, Marx e outros, foi Bourdieu quem elaborou e sistematizou o conceito tal qual vem sendo utilizado contemporaneamente³³. Para ele, capital social é uma propriedade dos agentes, um “agregado dos recursos efetivos ou potenciais ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de conhecimento ou reconhecimento mútuo”^{8,34}. Em sua análise, o autor dá destaque à conversibilidade das diversas formas de capital, assim os atores podem, através do capital social, obter acesso direto a recursos econômicos (capital econômico), aumentar o seu capital cultural através de contatos interpessoais ou da filiação a instituições que conferem credenciais valorizadas³³. Trabalhado por outros autores posteriormente, tais como Coleman e Putnam, o conceito se ampliou, passando de relações entre atores ou entre um ator individual e um grupo para também englobar comunidades, vilas, cidades ou mesmo países, designando assim “aspectos da organização social tais como redes, normas e laços de confiança que facilitam a coordenação e cooperação para benefícios mútuos”³⁵.

Assim, nos últimos anos, a maior amplitude do conceito e sua utilização crescente em diversas áreas trouxeram problemas de ordem teórico-metodológica, provocando questionamentos sobre a validade dos resultados encontrados^{33,36}. Apesar disso, constata-se que o capital social vem sendo usado em uma variedade de contextos, como variável explicativa, entre outras coisas, do desempenho de políticas públicas, ou seja, como fonte de controle social^{33,37}. Essa grande amplitude conceitual também é observada no campo da saúde, no qual o termo vem sendo utilizado como determinante do processo saúde-doença, do desempenho das políticas de saúde ou em estudos que relacionam as redes sociais com indicadores de saúde-doença, com qualidade de vida e com equidade^{37,38}.

No presente trabalho, utilizou-se a noção de capital social como sendo uma nova forma de organização cidadã capaz de gerar redes sociais, empoderando os indivíduos e promovendo a ação coletiva no âmbito das políticas sociais³¹, mais especificamente, as de saúde.

No contexto brasileiro, o processo de participação política das pessoas na sociedade tem promovido a institucionalização do controle so-

cial do SUS e contribuído para a construção de capital social, fortalecendo a democracia, promovendo a cidadania ativa, fomentando formas alternativas de participação política e institucionalizando a democracia participativa.

Cabe ainda ressaltar que a grande mobilização dos conselhos de saúde também vem gerando críticas baseadas na observação de que nem toda participação cidadã gera fortalecimento e nem todo espaço de deliberação incrementa a capacidade de intervenção nas decisões que impactam nas condições de vida da população. Ademais, autores alertam sobre o risco de se eximir o Estado da responsabilidade em termos de políticas públicas, atribuindo-se a culpa pelos problemas ou pelo fracasso à sociedade e sua (falta de) organização^{11,12}.

Apesar das críticas formuladas ao funcionamento dos conselhos e da necessidade de aprimorar este processo participativo, a existência espaços deliberativos onde sujeitos sociais portadores de interesses distintos se encontram, discutem, opinam e interagem com a administração pública tem sido considerada elemento-chave na efetivação da política de saúde e na definição de prioridades de atenção, dando contribuições importantes, em vista da carência que o SUS possui de um modelo que enfoque a qualidade da atenção à saúde^{11,12}.

Capital social e racionalidade administrativa: um diálogo possível?

Nos últimos anos, autores vêm mostrando que o estabelecimento de uma relação de sinergia entre Estado e sociedade pode produzir capital social³⁹⁻⁴².

Segundo seus estudos apontaram, a capacidade dos grupos sociais agirem para o interesse coletivo depende da qualidade das instituições formais às quais eles se vinculam, ou seja, os resultados da mobilização e participação social só aparecem se as instituições públicas tiverem ferramentas gerenciais bem estruturadas. Transposto à área da saúde pública, este conceito contempla a possibilidade de que a combinação de forma complementar entre um desenho organizacional eficiente do setor saúde, como é o caso da Catalunha, e uma grande mobilização capaz de produzir capital social, como o Brasil, poderia propiciar um melhor desempenho institucional com aprimoramento da qualidade assistencial.

Desse modo, a estruturação organizacional com normas, instrumentos de monitoramento do trabalho e de seus resultados, processos clara-

mente definidos, sistemas de informação integrados, carreiras para os profissionais que incentive o bom desempenho da organização, podem ser instrumentos primordiais para se construir uma cultura de qualidade nas organizações de saúde. Porém, insuficientes para possibilitar o protagonismo dos sujeitos sociais diretamente envolvidos na produção da saúde, os cidadãos e os profissionais. Assim, propor e fomentar arranjos institucionais permeáveis à participação dos atores nos processos decisórios constitui um desafio para a democratização das políticas do setor. Tanto o modelo da cogestão como a participação nos conselhos permitem a incorporação da solidariedade com o interesse público como elemento indutor de capital social. Também estimulam fórmulas mais horizontais de tomada de decisões, maior corresponsabilidade nestas e comprometimento com os objetivos a serem alcançados, principalmente se a gestão mantiver uma relação mais dialógica com os trabalhadores e a população, estimulando a produção de subjetividades. Supõem, finalmente, um marco mais democrático que promove maior compromisso e satisfação dos profissionais com seu próprio trabalho e da população com o aperfeiçoamento dos programas de saúde a ela direcionados.

Assim, o estímulo que o SUS pode propiciar à produção de capital social institucionalizando a participação organizada da sociedade para que esta assuma papel decisório na condução da política de saúde, propondo, questionando, fiscalizando e deliberando sobre temas de interesse público constitui um elemento fundamental para que se crie a sinergia Estado-sociedade.

O modelo de qualidade da Catalunha traz uma experiência muito interessante com resultados documentados sobre a potência que a organização pode desenvolver ao utilizar ferramentas gerenciais adequadas, diversamente do que se verifica no Brasil, onde tais ferramentas de avaliação são ainda bastante incipientes se comparadas ao modelo catalão. Entretanto, a grande inovação criada com o processo de institucionalização do capital social dentro do SUS tem constituído um modelo criativo e inovador na condução das políticas. Para que haja sinergia entre Estado e sociedade e se crie uma força social que atue em prol do aperfeiçoamento do sistema público de saúde falta estabelecer um diálogo entre estes dois modelos, mesmo que existam elementos que possam ser contraditórios, como a fórmula do verticalismo gerencial versus a horizontalidade do modelo de cogestão e dos conselhos de saúde. Até que ponto a burocratização inibe a

autonomia? É uma questão central no debate sobre a sinergia estado-sociedade. O problema do modelo organizacional gerencialista é a excessiva verticalidade que impede o compromisso e a corresponsabilização. Quando se fala de corresponsabilidade nestes modelos, o que se espera no fundo é obediência. Por outro lado, o problema do capital social é a sua canalização para a consecução de consensos, a possibilidade de estagnação e possível inibição do Estado. Uma proposta que articule ambos os modelos poderia ser tipificada por meio de um recurso didático apresentado a seguir (Figura 1), levando-se em conta que os casos analisados podem não ser tão polares.

- Mais organizacional e menos participativo – com iniciativas participativas anedóticas e que no fundo não serão efetivas e sim mais retóricas que reais (Catalunha). A participação estará na saída do circuito de tomada de decisões, não na entrada nem durante o processo.

- Mais participativo e menos organizacional – com a incorporação de relações horizontais que possibilitam a participação cidadã, apesar de que sempre haverá estrangulamentos gerenciais derivados de toda burocratização do estado e de suas políticas.

- Mais participativo e mais organizacional – aqui o organizacional precisa manter a flexibilidade para incorporar a participação dos cidadãos e profissionais na entrada, no processo e na saída da tomada de decisões e de suas implementações em políticas específicas.

Finalmente, sem intenção de concluir uma temática tão complexa, fica a ideia de que a construção de redes assistenciais eficazes, resolutivas, integralmente coesas e articuladas com os níveis de atenção mais complexos depende do investimento organizacional implantando processos estruturados que qualifiquem a gestão em saúde, mas também de uma mobilização dos atores exercendo seu protagonismo para que o SUS fortaleça sua legitimidade política e social e promova as mudanças desejadas na cultura organizacional em prol da qualidade assistencial.

Cabe aqui alguns esclarecimentos finais. Primeiro, que a participação social na política de saúde brasileira constitui uma diretriz da reforma sanitária associada à democratização e não vinculada ao capital social. Esta opção analítica partiu dos autores do presente artigo. Segundo, que na trajetória do SUS, identifica-se uma série de exemplos nos quais a lógica gerencialista está presente de forma exacerbada, tais como as normas operacionais, os indicadores de avaliação e, mais re-

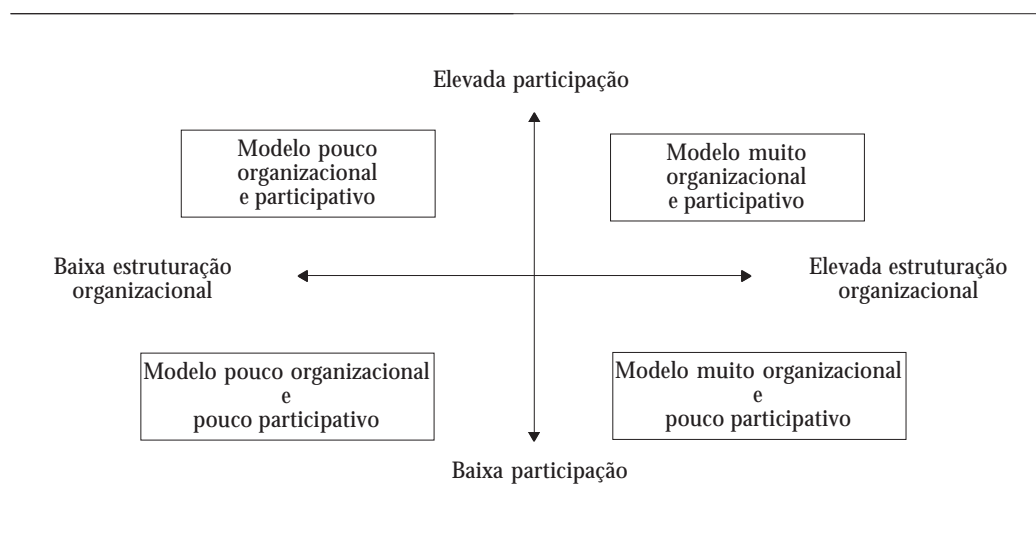


Figura 1. Modelos de gestão segundo o nível de participação e de estruturação organizativa.

centemente, a expansão da lógica contratual, como se observa nos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), mostrando que as duas lógicas estão presentes e não são excludentes.

Colaboradores

SC Franco e AM Hernaez participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA; 2005. p. 9-10.
2. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):553-563.
3. Novaes HMD, Tanaka OY. A Epidemiologia na avaliação dos serviços de saúde: a discussão da qualidade. *Saude Soc* 1995; 4(1-2):111-113.
4. Lins AM, Cecílio LCO. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(23):503-514.
5. Lima SML. *O processo de definição e implementação de objetivos numa organização pública no setor saúde* do conjunto sanatorial de Curicica ao hospital de clínicas básicas Raphael de Souza Paula [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1994.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla de Salut de Catalunya 2011-2015*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS). Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. *Quart informe. Àmbit Hospitalari*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012.
8. Bourdieu P. Le capital social: notes provisoires. *Actes Rech Sci Soc* 1980; 31:2-3.
9. Campos GWS. *Um método para análise e gestão de coletivos*. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
10. Guizardi FL, Cavalcanti FOL. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção da democracia institucional. *Physis* 2010; 20(4):1245-1265.
11. Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? *Cad Saude Publica* 2002; 18(Supl.1):47-55.
12. Bastos FA, Santos E, Tovo MF. Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. *Saude Soc* 2009; 18(2):177-188.
13. España. *Constitución Española*. 1978; 27dez [acessado 2012 fev 18]. Disponível em: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1978-31229

14. España. Ley 14/1986, General de Sanidad. 1986; 25 abr. [acessado 2012 fev 18]. Disponível em: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.html
15. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
16. España. Ley 21/2001, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. 2001; 27 dez. [acessado 2012 fev 22]. Disponível em: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Derogadas/r5-l21-2001.html
17. Brasil. Lei n. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
18. Brasil. Lei n. 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 28 dez.
19. España. Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. 2003; 28 maio [acessado 2012 jan 25]. Disponível em: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l16-2003.html
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. *Rev Saude Publica* 2011; 45(6):1206-1207.
21. García Armesto S, Abadía Taira B, Durán A, Bernal Delgado E. *España: análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición* 2010; 12(4):1-240.
22. Silva SF. *A saúde na Espanha e comparação com o Brasil*. Texto preparado pelo CONASEMS. [acessado 2011 maio 28]. Disponível em: http://www.conasems.org.br/files/Saude_Espanha_comparacao_o_Brasil_jul_07.pdf
23. Aguado H, editor. *La voz de la ciudadanía: como la percepción de la ciudadanía se vincula a la mejora de los servicios sanitarios y al sistema de salud de Cataluña*. Barcelona: Departamento de Salud. Servicio Catalán de Salud (ES); 2010.
24. España. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. *Sistema Nacional de Salud de España*. [Internet]. Madrid: Mi 2010 [acessado 2012 mar. 03]. Disponível em: <http://www.mspes.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>
25. Generalidad de Cataluña. Ley 12/1983, de administración institucional de la sanidad, y de la asistencia y los servicios sociales de Cataluña. 1983; 14 Jul. [acessado 2012 fev 01]. Disponível em: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ca-l12-1983.html
26. Generalidad de Cataluña. Ley 15/1990, de ordenación sanitaria. 1990; 9 Jul. [acessado 2012 fev 08]. Disponível em: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ca-l15-1990.t1.html.
27. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. *Els serveis per a la salut. mirant cap al futur. Mapa sanitari sociosanitari i de salut pública*. Barcelona: Departament de Salut; 2010.
28. Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud. Servicio Catalán de la Salud. *El sistema de atención a la salud en Cataluña: evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de la Salud*. Barcelona: Generalidad de Cataluña; 2010.
29. Alegria AIZ, Graterón IRG, Bernal JG, Navarro MM. El Modelo EFQM en el Sector Salud: Análisis de los Criterios Facilitadores. *Cuadernos de CC y EE* 2007; 52:103-125.
30. Mendes EV. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
31. Baquero M. Formas alternativas de participação política ou naturalização normativa? Cultura política e capital social no Brasil. *Polit Soc* 2004; 3(5):165-186.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. *Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS; 1992.
33. Portes A. Capital Social: origens e aplicações na Sociologia contemporânea. *Sociologia, Problemas e Práticas* 2000; 33:133-158.
34. Bourdieu P. The forms of capital. In: Richardson JG, organizador. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Nova Iorque: Greenwood; 1985. p. 241-258.
35. Putnam R. The prosperous community : social capital and public life. *Am Prospect* [periódico na internet].1993 [acessado 2012 mar 12]; 4(13):1-11. Disponível em: <http://www.philia.ca/files/pdf/ProsperousCommunity.pdf>
36. Rico A, Fraile M, Gonzalez P. Regional Decentralisation of Health Policy in Spain: social capital does not tell the whole story. *West Eur Polit* 1998; 21(4):180-199.
37. Macinko J, Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Q* 2001; 79(3):387-427.
38. OPS. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y basis para la acción*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002. [acessado 2012 mar 01]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
39. Rodríguez JJR. *Capital Social y Participación Ciudadana en Políticas Sociales: el caso de México 2000-2006* [tese]. Barcelona (ES): Universidad Pompeu Fabra; 2009.
40. Evans P. *Embedded autonomy – states and industrial transformation*. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1995.
41. Fernandes ASA. O capital social e a análise institucional e de políticas públicas. *Rev Adm Publica* 2002; 36(3):375-398.
42. Woolcock M, Narayan D. Social Capital: Implications for Development, Theory, Research and Policy. In: Ostrom E, Ahn TK. *Foundations of Social Capital*. Cheltenham, UK: Edward Elgar; 2003. p. 416-439.

Artigo apresentado em 21/08/2012

Aprovado em 15/09/2012

Versão final apresentada em 22/10/2012