



## Preocupações brasileiras: futebol e saúde

Alethele de Oliveira Santos<sup>1</sup>

Marcus Vinícius Carvalho<sup>2</sup>

Fernando Passos Cupertino de Barros<sup>3</sup>

**Resumo:** O ensaio aborda a questão da alta rotatividade que atinge, no Brasil, técnicos de futebol e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), dois assuntos que estão permanentemente em voga no Brasil. Em média, um treinador de equipe de futebol no Brasil permanece na função, num mesmo time, apenas pela metade do tempo quando comparado a seus congêneres de países europeus com forte tradição no esporte. De maneira análoga, as sucessivas substituições dos gestores do SUS trazem o mesmo traço de transitoriedade nas funções de comando, aqui estudada a partir dos dados da gestão estadual. Foram cotejados os números encontrados entre os anos de 2015 e 2017, tanto para os técnicos de futebol dos times que disputaram o campeonato nacional, quanto para os secretários estaduais de saúde. Parece existir uma correlação entre a existência de fatores de pressão fora da governabilidade desses atores sociais e as razões de suas substituições, o que, no caso da gestão do sistema de saúde, traz inequívocos prejuízos à continuidade e ao aprofundamento de programas, políticas e ações que têm por escopo a resposta adequada às necessidades de saúde da população.

**Palavras Chave:** sistema de saúde; recursos humanos em saúde; gestão.

### Introdução:

É de se admitir, já em primeira leitura, que o título do ensaio pode causar estranheza aos leitores mais desavisados. Entretanto, pequena elaboração simbólica já remeterá o futebol à imagem da nação brasileira, conforme fartamente explicitado pela sociologia, antropologia, mídia e pelo senso comum. Tal afirmação decorre da compreensão de que, no Brasil, a filiação aos clubes futebolísticos é quase fator hereditário, associado às famílias, às comunidades, aos territórios, às origens natalícias. É presente para o recém-nascido, ainda na maternidade, o uniforme daquele que será seu time.

Para além dos interesses individuais sobre o tema e dos debates que deles advierem, há que se considerar, conforme leciona Hobsbawn (1), que os esportes de massa constituem-se como meio de identificação coletiva. Assim, há que se entender que as seleções são

<sup>1</sup> Assessora Técnica do Conass. Assessoria Jurídica. Advogada. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. alethele.santos@conass.org.br

<sup>2</sup> Assistente Técnico do Conass. Comunicólogo. Assessor de Comunicação Social. marcus.carvalho@conass.org.br

<sup>3</sup> Assessor Técnico do Conass para a área de Relações Internacionais. Médico. Doutor em Saúde Coletiva. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. fernando.cupertino@conass.org.br



representações sociais de grande relevo, capazes de carrear o próprio nacionalismo (2), na medida em que unificam torcidas, historicamente opositoras.

No caso brasileiro, não paira dúvida acerca da liberdade de filiar-se aos times, ainda que haja percalços da ordem familiar. Mais ainda, para além da liberdade de filiação futebolística, há garantia de acesso à identificação pretendida, seja por símbolos, fardamento, alianças entre torcedores, campeonatos de toda ordem, financiamento, renúncias e isenções fiscais, incentivos privados e estatais, além da positiva campanha midiática.

Já a saúde, não dispõe de tal sorte! Ainda que esteja no rol de itens de problemas considerados pelos brasileiros, não dispõe de financiamento adequado e sustentável, estrutura e mídia favoráveis ao melhor desempenho.

Enquanto a proclamação dos direitos sociais e o surgimento de políticas públicas para sua garantia, ocorreu na maior parte dos países europeus no século 19, a partir dos conflitos entre capital e trabalho durante as revoluções industriais (3), no Brasil, o direito à saúde foi reconhecido pela Constituição Federal, apenas em 1988 (CF/88) (4). Dois anos depois, em 1990, a regulamentação normativa veio determinar que as ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, financiada a partir dos esforços de gestão e de financiamento dos entes federados (União, Estados, DF e Municípios) (5), ao que se denominou de Sistema Único de Saúde (SUS), com a inovação democrática da participação social (6).

Cumprido reconhecer que o reconhecimento constitucional pelo direito à saúde foi impulsionado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), nascido no contexto da luta contra o regime autocrático, a partir da década de 1970. Para Fleury (7), a expressão foi cunhada de modo a expressar o conjunto ideário relacionado ao desejo por alterações sociais que ultrapassavam o setor saúde. Ainda assim, a carta política brasileira permitiu a “atuação do público (SUS) e do privado (suplementar) e mais, a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado (regulação, fiscalização, vigilância)” (8). O arranjo constitucional possível, conforme a arena de interesses constituídos, faz de pronto, recorrer ao que leciona Villa <sup>(9)</sup>:

De ahí el propósito del constitucionalismo: administrar la polémica materia de la vida cotidiana a fin de imponerle un orden racional, un esquema normativo que



despliega principios Y procedimientos de asignación de recursos y de solución de conflictos a través de los múltiples niveles y sectores de la sociedad.

Em que pesem os avanços sociais promovidos pelo SUS na nação brasileira, nos últimos anos a saúde figura como uma das principais, senão a principal preocupação da população (10), (11), (12).

Um esforço didático permitiria uma série de possibilidades descritivas e comparativas entre o futebol e a saúde, ao exemplo da formação de recursos humanos, gênero, financiamento, renúncias fiscais, níveis de endividamento, indicadores de efetividade, *brain dream*, judicialização e muitos outros.

Contudo, interessa um ponto específico. Num debate de grande densidade social e conceitual, aparece com menor envergadura a figura do técnico de time de futebol, aquele que posiciona o atleta conforme seu melhor rendimento, que compatibiliza os interesses, que media a arena de conflitos, que formula e executa estratégias e que tem por objetivo, manter a coesão da torcida pelos melhores motivos e as mais expressivas taças.

Da mesma forma, aparece como fator de menor preocupação ou ainda de desconhecimento social, informações sobre o gestor das pastas de saúde, bem como suas expertises e atribuições. É neste ponto em que se pretende estabelecer o fio lógico para debate.

Reforça que o SUS é descentralizado e, portanto, as autoridades sanitárias referem: (i) União (1 ministro de Estado); (ii) os estados e o Distrito Federal (26 secretários estaduais de saúde e 1 secretário distrital de saúde – doravante identificados como gestores estaduais de saúde); e, (iii) os municípios (5.570 secretários municipais de saúde).

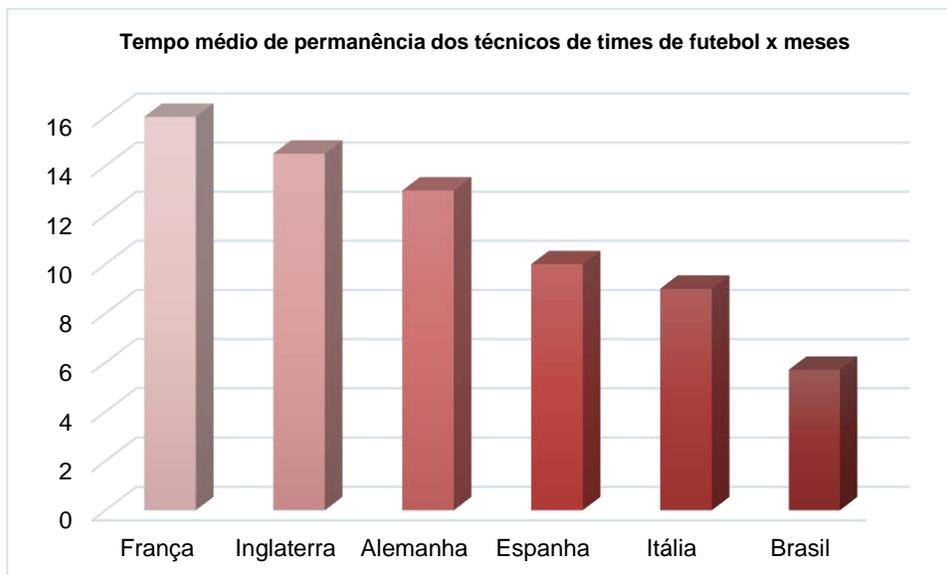
Assim, dada a possibilidade de obtenção de dados, bem como a proximidade quantitativa, optou-se por utilizar os números que referem exclusivamente a substituição de técnicos de times de futebol que disputam o campeonato brasileiro e gestores estaduais do SUS (13).

A discussão apresentada é qualiquantitativa (14), na medida em que possui informação subjetiva, narrativa, fundamentada em análise de fontes normativas e empíricas, derivadas de levantamento bibliográfico devidamente identificado.

## Dos dados

O primeiro dado a ser considerado diz do tempo médio de permanência de treinadores, em meses, em diferentes países do mundo (15). Tomados países com forte tradição para o futebol, quando comparados entre si, a permanência média do técnico é de 11 meses, enquanto no Brasil, a permanência é da metade deste tempo. Ou seja, a transitoriedade técnica no Brasil, até mesmo para o futebol, é fator alarmante.

Gráfico 1: Tempo médio de permanência dos técnicos de times de futebol em países, em meses, desde o ano 2015.



Fonte: Elaboração dos autores.

A empiria permite inferir que tal transitoriedade pode estar atrelada a diferentes fatores, como a busca por resultados imediatos, contudo, não necessariamente sustentáveis. Outra possibilidade, ainda mais grave, pode também estar associada ao não enfrentamento de questões estruturantes, revertendo à figura de comando, a responsabilidade exclusiva pelo alcance de bons frutos.

O próximo gráfico refere estrutura comparativa entre técnicos de times de futebol e secretários estaduais de saúde, no período compreendido entre janeiro de 2015 e julho de



2017, desde a posse dos atuais governadores dos estados brasileiros até o mês de julho de 2017, ocasião em que os dados foram levantados e compilados (16).

No ano 2015, considerado exclusivamente o campeonato brasileiro, que é disputado com 20 times, houve 32 trocas de treinadores (17), sendo que apenas o treinador do time campeão permaneceu em seu posto. Neste ano, com a posse dos chefes do poder executivo estadual em janeiro de 2015, considerado o início do mandato dos governadores, houve imediata alteração de 24 secretários estaduais de saúde<sup>4</sup> e no decorrer do ano, 6 substituições<sup>5</sup>.

No ano seguinte, houve 29 trocas de técnicos dos times integrantes do campeonato brasileiro (18). Considerada a gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), foram alterados 14 titulares das pastas<sup>6</sup>, sendo que este número pode ter sido catapultado pela disputa de eleições municipais, seja por aqueles que concorreram aos cargos executivos ou legislativos municipais, ou ainda em face de rearranjos político-partidários.

No ano 2017, os dados foram coletados até o mês de julho e referiram 12 alterações de técnicos de times de futebol (19), contudo permaneceram em seus postos, desde o início da temporada, os técnicos dos 3 times melhor colocados no campeonato. Neste ano, até o sétimo mês, ocorreram 9 substituições de secretários estaduais de saúde<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Acre; Alagoas; Amazonas; Amapá; Bahia; Ceará; Distrito Federal; Espírito Santo; Goiás; Maranhão; Minas Gerais; Mato Grosso do Sul; Mato Grosso; Pará; Paraíba; Pernambuco; Piauí; Rio de Janeiro; Rio Grande do Norte; Roraima; Rio Grande do Sul; Santa Catarina; Sergipe; e, Tocantins.

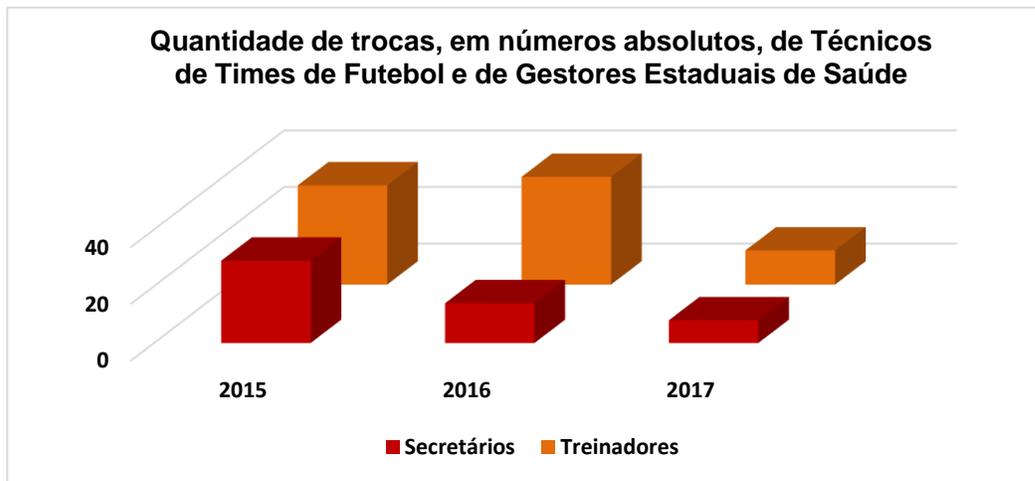
<sup>5</sup> Amazonas; Amapá; Ceará; Distrito Federal; Mato Grosso; e, Pará.

<sup>6</sup> Acre; Distrito Federal; Mato Grosso; Paraíba; Rio de Janeiro; Rio Grande do Norte (2); Rondônia (2); Roraima; Santa Catarina (2); Sergipe; e Tocantins.

<sup>7</sup> Alagoas; Amazonas (2); Amapá; Mato Grosso; Piauí; Roraima; Santa Catarina; e Sergipe.



Gráfico 2: Alterações de Técnicos de Times de Futebol e de Gestores Estaduais de Saúde, em números absolutos, entre 2015 e 2017.



Fonte: Elaboração dos autores.

## Resultados e Discussão

Os dados mostram uma relação entre bom desempenho da equipe de futebol e manutenção de seu treinador, ou seja, parece haver uma causalidade entre a satisfação com os resultados obtidos e a identificação de sua razão de ser com a figura do treinador. Por outro lado, percebe-se, também, uma alta taxa de rotatividade de treinadores entre as equipes que não estão em posição de liderança nos campeonatos, o que traduz a insatisfação dos dirigentes dessas equipes e de seus torcedores.

Tal inferência pode ser trazida à gestão do sistema de saúde brasileiro. Confrontados a situações sobre as quais, muitas vezes, o gestor não tem governabilidade (insuficiência de recursos financeiros; burocracia estatal; ausência de recursos humanos suficientes e qualificados, aplicação de penalidades pessoais a gestores em face de processos judiciais, dentre outros), torna-se imperativo para os mandatários eleitos pelo voto direto a troca desses gestores, de modo a se resguardarem do juízo da opinião pública. Como se pode perceber pelos resultados apresentados, em alguns estados da federação, as substituições foram sucessivas e frequentes, o que reforça a hipótese de que não se trata da simples incapacidade pessoal daquele gestor, mas do concurso de fatores que, se não superados,



continuarão a exigir novas substituições, pois o nível de desaprovação por parte da opinião pública fatalmente manter-se-á elevado.

No caso brasileiro, o modelo político-administrativo contribui para que muitas vezes a escolha do gestor de saúde obedeça mais a critérios de representatividade partidária, no conjunto da base de apoio ao governo que detém o poder, do que às qualidades técnicas indispensáveis a um gestor de saúde.

Num regime democrático, o poder se assenta sobre os governos eleitos por voto direto, muitas vezes com o concurso de coligações partidárias, o que torna legítima a escolha de auxiliares a partir de indicações das diferentes forças políticas que os compõem. Contudo, o bom senso recomendaria que, aliada à representatividade político-partidária, a capacidade técnico-gerencial estivesse sempre presente.

Por outro lado, mesmo se essas duas condições hipotéticas de sucesso estivessem confirmadas, elas ainda seriam insuficientes face às situações e dificuldades já mencionadas e que escapam à governabilidade do gestor de saúde.

Um dos fatores implicados no desempenho satisfatório de um sistema de saúde é, sem dúvida, seu capital humano suficiente, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto qualitativo. Entretanto, na função pública, um outro requisito parece ser indispensável: o da longitudinalidade das ações, dos programas e das políticas no decorrer do tempo o que não se consegue com a alta rotatividade dos quadros técnicos que ocupam funções de responsabilidade nas esferas de gestão do SUS, a começar de seus titulares.

Há que se buscar uma forma de se ter uma maior estabilidade desses corpos técnicos, assim como de se obter meios de superação dos obstáculos à gestão eficiente, sob pena de se estar condenando o sistema de saúde brasileiro a um eterno recomeçar.

### Referências:

1. HOBBSAWM, Eric. *Nações e Nacionalismo desde 1780*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1990, p.87.
2. DUMONT, Louis. *Homo Hierarchicus: O Sistema de Castas e suas Implicações*. São Paulo, Edusp, 1992, p.357.
3. HÖFLING, Eloísa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos Cedes*, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.



4. BRASIL. Constituição Federal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso aos 03.10.2017
5. BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso aos 03.10.2017
6. BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso aos 03.10.2017
7. FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Cien Saude Colet, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
8. SANTOS, Alethele Oliveira; DELDUQUE, Maria Célia e ALVES, Sandra Mara Campos. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. Cad. Saúde Pública ; 32( 1 ): e00194815. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000100301&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000100301&lng=pt). Epub 12-Fev-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194815>. Acesso aos 05.10.2017
9. Villa. Hernando Valencia. Cartas de Batalla. Panamericana Editorial. 2010, p. 35.
10. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/saude-e-maior-preocupacao-dos-brasileiros-3422.html>. Acesso aos 29.09.2017
11. Disponível em: <http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Paginas/Pesquisa-inedita-revela-que-77-dos-brasileiros-com-mais-de-50-anos-consideram-a-saude-a-principal-preocupacao-na-vida-.aspx>. Acesso aos 29.09.2017
12. Disponível em: <http://m.folha.uol.com.br/poder/2017/10/1923431-saude-continua-o-principal-problema-ciado-por-entrevistados-diz-datafolha.shtml>. Acesso aos 29.09.2017
13. Dados levantados nos registros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), entidade representativa dos gestores estaduais do SUS.
14. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo, HUCITEC, 2008.
15. Disponível em <http://www.football-observatory.com/IMG/sites/b5wp/2015/142/en/>. Acesso aos 09.10.2017
16. Dados levantados nos registros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), entidade representativa dos gestores estaduais do SUS.
17. Disponível em: <http://esporte.ig.com.br/futebol/2015-11-29/times-da-serie-a-acumulam-35-trocas-de-tecnico-em-2015-apenas-tite-sobrevive.html>. Acesso aos 29.09.2017
18. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/esporte/2016/05/1770816-fase-pre-brasileiro-tem-maior-troca-de-tecnicos-desde-2014.shtml>. Acesso aos 29.09.2017
19. Disponível em: <http://esporte.ig.com.br/futebol/2017-07-04/12-times-troca-tecnico.htm>. Acesso aos 29.09.2017