

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Instituto de Medicina Social
Departamento de Planejamento e Administração em Saúde
Doutorado em Saúde Coletiva**

Federalismo e o SUS: Um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro

**Aluno: Roberto Parada
Orientadora: Ana Luiza D' Ávila Viana**

Tese de Doutorado

Agosto de 2002

APRESENTAÇÃO

O advento do Sistema Único de Saúde fez com que os estados da Federação mudassem as práticas e os padrões de governabilidade, na perspectiva de construção e consolidação do Sistema Único Estadual, dentro do que determina a Constituição Federal de 1988 e as Constituições Estaduais.

O Estado Rio de Janeiro, durante os anos 90 e início do século XXI, vem adequando as suas práticas gerenciais e políticas para assumir a plenitude de suas recentes atribuições, que não faziam parte de sua prática e de seu passado político e técnico, associado às restrições impostas pela política econômica federal e as tensões e conflitos da construção de um Estado Federado.

Esta tese analisa como as mudanças dos padrões de governabilidade ocorreram, na década de 90, no Estado do Rio de Janeiro, através do estudo das adequações, dificuldades, tensões e conflitos no âmbito de sua Secretaria de Estado de Saúde.

O estudo foi dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda o marco teórico que orienta a análise do presente trabalho, discutindo as questões teóricas, em debate, em torno das relações existentes entre federalismo e descentralização, o federalismo no Brasil e suas implicações na construção do Sistema Único de Saúde.

O segundo capítulo trata da trajetória da mudança do padrão de governabilidade na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, suas tensões e seus conflitos, na busca do aperfeiçoamento técnico e político de suas ações e na maturidade das relações federativas com os municípios e Governo Federal.

O terceiro capítulo resgata a formação da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro, sua origem, antecedentes e formação, mostrando a influência e os fatores determinantes, a partir da fusão do ex-Estado da Guanabara (hoje Município do Rio de Janeiro) com o antigo Estado do Rio de Janeiro, resultando no, hoje, novo, Estado do Rio de Janeiro.

O último capítulo está dedicado as conclusões, onde são colocadas no debate quatro linhas de reflexão, fruto da análise das trajetórias política e técnica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro na adequação, de seu padrão de governança, para implementar o que determina a Constituição Federal e a Estadual.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. O Contexto

As mudanças ocorridas na política de saúde, nas duas últimas décadas do século XX, são contemporâneas ao período de profundas transformações na economia brasileira, no regime político e nas formas clássicas de operação do Estado brasileiro, cuja trajetória não está descolada dos acontecimentos no plano internacional.

Desde a década de 80, assiste-se à formação de novos modelos de relações políticas e econômicas nos Estados nacionais, tanto unitários, quanto federados, para o enfrentamento da crise financeira e fiscal do Estado capitalista, no âmbito da chamada Terceira Revolução Industrial e da ascensão das teses neoliberais nos planos político e econômico, pós-Reagan, Thatcher e Kohl, associados ao fim da Guerra Fria e à derrocada do regime soviético. É o início do processo de questionamento do papel e do modelo de intervenção do Estado¹ na economia e, conseqüentemente, das políticas públicas de proteção social e do *Welfare State* dos países centrais.

Como resultado, nos anos 80, exigiu-se a adoção, pelas economias desenvolvidas, de novo padrão de crescimento, gestado por novo referencial tecnológico e novo perfil de financiamento.

"A partir daí, as idéias de eficiência, competitividade e equilíbrios macroeconômicos substituíram o consenso keynesiano em torno ao crescimento econômico e ao pleno

¹Carlos Estevam Martins, em artigo na revista *Economia e Sociedade*, Campinas (6): 1-23, jun. 1996, diz que “o impacto da globalização econômica na esfera política é arrasador”. Assim, o Estado vem sendo esvaziado, perdendo poder, recursos e funções, reduzindo, cada vez mais, as condições de controlar suas finanças, de atuar como motor de desenvolvimento e faltam-lhe meios para atender, de modo satisfatório, às necessidades de educação, saúde, habitação, seguridade social, meio ambiente e segurança pública. Segundo

emprego e passaram a ser os novos totens do pensamento político-econômico internacional. E isto, porque, com o desaparecimento do muro de contenção socialista, foram varridos os últimos temores e o neoconservadorismo se impôs como verdade incontestável, não sendo incomum os próprios social-democratas repetirem que a solução da crise contemporânea passa pela desregulação do mercado de trabalho, pela redução dos salários e dos direitos trabalhistas e pela desconstrução do estado de bem estar social" (FIORI, 1996, p. 6).

Esse cenário, que se iniciou nos anos 70 e teve seu ápice nos anos 80, introduziu a necessidade da utilização de novas diretrizes para a atuação do Estado. Nesse momento, a descentralização apareceu como uma das soluções para a saída da crise, possibilitando a redução do tamanho do Estado, para que este ganhasse em "eficiência e agilidade".

A idéia da descentralização encontra eco tanto nas correntes do pensamento conservador, como também no campo do pensamento progressista. Entretanto, o produto final desse entendimento será de natureza diversa.

"A direita política, por um lado, a partir de seu diagnóstico da crise de governabilidade das democracias, formulado nos anos sessenta, já concluía, desde então, pela necessidade de desativar as demandas sobre o sistema político, e propunha-se a fazê-lo reduzindo a presença do Estado e descentralizando as suas instâncias decisórias e administrativas. Enquanto que as forças alinhadas em torno a 'nova esquerda', surgida naquela época, viam na descentralização do poder o único caminho

o autor, três processos radicais de mudanças estão acontecendo: o esvaziamento do Estado, a obsolescência

para desativar a burocratização do welfare state e aprofundar a participação cidadã nas estruturas e processos democráticos, aumentando a visibilidade e o controle dos sistemas decisórios". (FIORI, 1995, p. 2).

Como decorrência da descentralização, assiste-se à reestruturação do Estado centralizado e unitário da Europa e, dentro do processo de democratização da América Latina e do Leste Europeu, à recomposição dos Estados federados que se encontravam sob regimes centralizados e autoritários.

VIANA (2002), citando DENTE (1997: 4) e SHARPE (1997, p. 43), faz uma abordagem das motivações que levaram ao processo de criação recente de Estados federados. Segundo DENTE (1997), o Estado centralizado e unitário não tem mais no parlamento, governo e burocracia ministerial sua base de sustentação; entretanto, não existe ainda um modelo facilmente perceptível.

Esse mesmo autor aponta como razões para essas mudanças, três diferentes dimensões: econômica, política e do Estado. Do ponto de vista econômico, as inovações tecnológicas e a globalização impuseram reestruturação nos modos de produção e no funcionamento da economia, causando mudanças na capacidade de captação de recursos na esfera produtiva, produzindo crescente endividamento e déficits público. Assim, federalismo e descentralização, nesse contexto, se apresentam como solução para a redução da dívida pública.

Do ponto de vista da política, quatro razões se destacam para o crescimento dos processos descentralizantes: a transição do autoritarismo para democracia em muitos países do mundo ocidental, na década de 70; o surgimento das autoridades administrativas independentes, tais como agências reguladoras, Bancos Centrais independentes, o mercado financeiro, os meios de

da democracia e o desmoronamento dos partidos políticos.

comunicação de massa e a telecomunicação; a permanência do idioma como a única identidade coletiva de nacionalidade, a partir da perda da identidade político-ideológica conseqüente ao esfacelamento dos países socialistas do Leste europeu e; por último, a manutenção dos desequilíbrios socioeconômicos entre regiões de um mesmo país.

Do ponto de vista do Estado, cabe destacar que, a partir do enfraquecimento do *Welfare State*, as propostas de descentralização das atividades de regulação, provisão e financiamento de bens e serviços sociais eram indicativas de solução para sua eficiência e o seu equilíbrio financeiro.

Para SHARPE (1997), citado por VIANA (2002, p.3) a descentralização ocorre a partir do destaque que dá ao direito pessoal territorial (direito pessoal subnacional) sobre o direito à igualdade interpessoal, como resultado do

“esgotamento das formas de representação de interesses, baseadas no neocorporativismo, em que a grande empresa, a burocracia e o sindicato eram os atores dominantes das decisões políticas e, pelo processo de territorialização da política pública, explicada pela acelerada expansão da urbanização, pelo recrudescimento de governos subnacionais, pelo fenômeno do 'meso levello' ou 'meso government' – seguido da emergência de novos atores territoriais – e, por fim, pelos questionamentos ao WS como provedor por excelência do direito a igualdade”.

Ainda segundo esse autor, a modernização acompanhada de centralização estimulou, como resposta, a necessidade da afirmação e da sobrevivência das culturas regionais, dos direitos das minorias e de sua maior participação. Esses fatos informaram que, em âmbito mundial,

“governo central, parlamento e burocracia ministerial foram substituídos por novos elementos, onde se destacam os governos subnacionais, as novas autoridades administrativas, o mercado e o setor terciário, o que caracteriza a transformação atual do Estado” (VIANA, 2002, p. 3).

Assim, o federalismo reaparece no cenário mundial com novas configurações – diferente do federalismo clássico, onde dividir o unitário para a garantia da unidade nacional representa o que os autores citados chamam de o “novo federalismo” – e, portanto, tornando mais complexo o entendimento e o estudo de seu significado.

2.2. Federalismo: Gênese e Governabilidade

Os diversos formatos das organizações federativas dos Estados nacionais nos permitem identificar alguns pressupostos que se baseiam as relações intergovernamentais e nos permitem estabelecer estudos comparativos (FIORI, 1995, STEPAN, 1999).

STEPAN (1999) distingue duas razões para os arranjos federativos. Aquele que tem o propósito inicial de unir e aqueles que têm o propósito de manter unidos. A primeira (unir) tem como exemplo o modelo americano segundo o qual, em 1787, na Convenção da Filadélfia, as unidades, até então soberanas, firmaram o pacto federativo para fundar uma nova federação. A segunda trata de Estados que se federalizaram para se manter unidos, como ocorreu com a Espanha, em 1975, a Bélgica, em 1969 e a Índia, em 1948, países que possuíam como características fortes traços unitários.

FIORI (1995) apresenta pressupostos, aos quais qualifica como “guia para novas federações” e que são princípios que norteiam o “caminhar juntos de dois povos ou de dois estados soberanos” constituídos ou por se constituir. Negligenciar com esses princípios permite fragilizar as arrumações federativas e criar as condições para existência de movimentos separatistas. A ordenação, aqui colocada, não significa uma hierarquia de pressupostos; entretanto, há gradações de importância, que em conjunturas diversas, poderão configurar a roupagem do momento.

O primeiro é o da complementaridade. Esse conceito significa que as unidades federadas deverão ter competências e capacidades desiguais para que se possam produzir barganha, acordos e pactos viáveis. A existência do poder – econômico, político ou social – desequilibra a relação, possibilitando a imposição de interesses dominantes. Portanto, a partir da combinação dos princípios de autogoverno e de governo compartilhado (ALMEIDA, 2001).

O segundo é a presença, necessária, de uma razão sólida e permanente para que essas unidades permaneçam juntas, sem o que pressupõe-se que a unidade/ou arranjo federativo poderá se dar através da “submissão pela força aos insatisfeitos” e, segundo o autor, a sobrevivência da federação ficaria entregue única e exclusivamente ao poder militar.

O terceiro trata da impossibilidade de negociar os interesses de várias unidades ou regiões, a partir dos interesses das elites ou grupos dominantes, dentro de uma situação de normalidade democrática, sob a égide de uma democracia de massas. Se assim não for, o poder local caminha, progressivamente, para abrir mão da sua condição federada.

O quarto se refere ao princípio da equidade, não só para os indivíduos, como também para as regiões. É um princípio que incorpora a solidariedade nos arranjos federativos, buscando, assim, a redução das desigualdades, e

possibilita a existência de mecanismos para compensações dos desequilíbrios agudos.

O quinto é a presença de uma agenda econômica que garanta o dinamismo necessário para integração dos espaços federados, associado a políticas compensatórias, que possam neutralizar pressões desintegradoras.

O sexto princípio é a flexibilização das regras e instituições, com instrumentos que permitam novos pactos e acordos acompanhados da repartição de recursos e funções, impondo, assim, a necessidade da criação e permanente aperfeiçoamento de coordenações regionais.

Esses conceitos estarão presentes nos diversos formatos dos textos definidores do federalismo. Assim, pode-se definir federalismo como sistema que se estrutura na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo, constitucionalmente definidas e asseguradas, de tal forma que os governos nacionais e subnacionais são independentes na sua esfera própria de ação (ALMEIDA, 2001).

FIORI (1995, p. 8) aponta duas tendências básicas na definição, enquanto fenômeno histórico e como proposta política e constitucional. A primeira, que o autor chama de mais abstrata, onde se inscrevem autores como ELAZAR (1987) para quem

"o essencial no federalismo sempre foi a preservação política simultânea da unidade de objetivos de um povo e da diversidade espacial de seus interesses, compatibilizados na forma de um pacto constitucional onde são simultaneamente definidos os espaços e os limites das duas soberanias".

Ela realça existência do reconhecimento do princípio da solidariedade e da identidade coletiva, permitindo, assim, a convivência das múltiplas integridades regionais e a manutenção da dupla soberania dentro de uma mesma identidade.

Ainda segundo FIORI (1995), outros autores destacam, numa linha mais empírica, que o Federalismo, cuja natureza é sempre a “barganha pragmática, cujo produto final é o pacto federativo”, pode assumir diversos formatos, numa relação direta com as condições de negociação em cada momento e em cada lugar.

Na mesma linha de interpretação teórica, ELAZAR (1987) diz:

"Federalismo não é só uma estrutura com característica específica, mas o processo de governo que implica em um sentido de parceria entre as partes do pacto federativo, que se manifesta por meio da cooperação negociada em torno de questões e programas, que se baseiam no compromisso de barganha entre todos os membros para chegar ao consenso ou, na sua impossibilidade, à acomodação que proteja a integridade fundamental de todos os parceiros".

As reflexões apresentadas acima ocorrem sob diferentes formatos organizacionais, aos quais se somam a dinâmica da economia política, dos partidos e da cultura política, e se espelharão nas circunstâncias históricas de cada Estado nacional, com reflexos na divisão de poderes dentro do Legislativo e entre níveis de governo, o papel do Judiciário, a distribuição dos recursos fiscais, de competências e as garantias constitucionais dos entes que compõem a federação (SOUSA, 2001).

Assim, o espelho do formato federativo encontra-se na política pública adotada pelos diferentes países da órbita federativa e representa a dinâmica dos valores, interesses e negociações que dominam as mudanças nas federações em dado momento histórico.

2.3. Federalismo: Perspectiva Histórica

Federalismo, bem como federação, possui atributos econômicos, políticos e socioculturais que se inter-relacionam para produzir padrões complexos de interesses e identidades e, portanto, se expressarão de diferentes formatos a partir de seu “tempo histórico”. “Em cada momento histórico, essas disparidades foram acomodadas de formas diferentes e essas diferenças se expressaram no desenho constitucional e no arranjo tributário” (SOUSA, 2000).

Assim, segundo FIORI (1995), os Estados federados podem estar agrupados em três blocos ou versões. A primeira, chamada de federalismo progressivo ou construtivo, tem como exemplo a construção da Europa unificada, a construção federativa americana e alemã. Essa versão é identificada pela construção negociada de baixo para cima.

A segunda versão, chamada de federalismo “defensivo” ou “perverso”, é utilizada como instrumento para “manter unidos” territórios em processo de desintegração e/ou com graves conflitos étnicos e/ou religiosos. São exemplos o Canadá e a Índia.

A terceira versão é chamada de federalismo “pragmático” ou “reativo”. Essa versão se inscreve nos processos de redemocratização nos países da América Latina, quando federalismo assume o sinônimo de democratização e descentralização, e neste particular o Brasil é um exemplo.

Em todas essas abordagens, identifica-se a necessidade de mecanismos de cooperação intergovernamental introduzindo o conceito de federalismo cooperativo. A literatura que aborda as relações intergovernamentais também apresenta o tema através de outras definições de modelos de organização federativa: o federalismo dual, o cooperativo e o competitivo.

Segundo ALMEIDA (1995, p. 15)

“federalismo cooperativo comporta graus diversos de intervenção do poder federal e se caracteriza por formas de ação conjunta entre instâncias de governo, nas quais as unidades subnacionais guardam significativa autonomia decisória e capacidade própria de financiamento”.

CROISAT (1995) define federalismo cooperativo como a busca e a aplicação de uma cooperação intergovernamental para alcançar fins comuns, tanto em matéria econômica como social e cultural, através de programas e de financiamentos conjuntos.

O exercício da cooperação vem associado ao da competição, próprio e necessário na barganha e no desenho dos acordos, com vistas à pactuação. No concreto, cooperação e competição fazem parte da dinâmica político-institucional entre as partes “desiguais e capazes”, bem como é resultado do limite da capacidade distributiva do governo federal para suprir as carências e as demandas crescentes das instâncias subnacionais de governo (CAMARGO, 1999). O equilíbrio entre competição e cooperação está na razão direta do sucesso da parceria, da negociação e do reconhecimento mútuo das unidades federadas.

Os mecanismos de cooperação variam na medida dos ingredientes políticos em uma determinada etapa histórica, e serão diretamente proporcionais

à adequação, aos acordos e as pactuações possíveis frente à hegemonia vigente. Assim, o federalismo, e com ele os mecanismos de cooperação, apresentam nova roupagem, em consonância com os processos de descentralização que se alastraram pelo mundo nos anos 80 e que, na América Latina e no Leste Europeu, como já dito, apareceram associados à democratização².

2.4. Federalismo e Descentralização

Os processos de descentralização e de democratização, acima referidos, produziram resultados e experiências diferentes (SOUSA, 2000): descentralização política e financeira para governos subnacionais; elaboração de novas constituições e, portanto, novos pactos e novos compromissos políticos e sociais; democratização, descentralização e novas constituições mudaram os modos de funcionamento e das políticas dos entes federados³.

Na análise dos processos de descentralização, duas questões merecem destaque:

- i) a primeira se refere ao significado do termo descentralização. Ela pode se apresentar em quatro formatos separados ou simultâneos, dependendo da estratégia e da concepção do papel do Estado adotada. Podendo significar desconcentração, delegação e devolução⁴, ela estará na razão direta e condicionada por variadas realidades.

Alguns autores, como ROVERSI e MONACO (1995) e NASCIMENTO (2001), discutem outra classificação: descentralização administrativa (própria de Estados unitários),

² SOUSA (2001) chama de “terceira onda” de democratização que tomou conta do mundo.

³ No Brasil ocorreu tudo isso simultaneamente. Segundo SOUSA (2001, p. 5) “essas mudanças foram acompanhadas de uma nova agenda econômica voltada para o controle fiscal, criando contradições e tensões para o cumprimento dos compromissos com a redemocratização”.

⁴ Devolução também pode ser definida como privatização ou desregulação.

descentralização política (própria de Estados federados) e descentralização hierárquica (significando desconcentração)⁵.

- ii) a segunda se refere às ligações complexas que se estabelecem entre descentralização e as formas de organização do Estado, seja nos Estados unitários, como também nos Estados com estrutura federativa. Nessa oportunidade, discutem-se as definições do Federalismo em seus diversos formatos, estágios e as relações existentes entre o binômio: centralização x descentralização.

As relações entre federalismo e descentralização não são simples, quer do ponto de vista conceitual, quer do ponto de vista do funcionamento efetivo dos sistemas federativos contemporâneos (ALMEIDA, 1996). ELAZAR (1990) defende a idéia de que, no federalismo, não-centralização não é a mesma coisa que descentralização e, assim sendo, descentralizar implica a existência de uma autoridade central, um governo central, que possa descentralizar ou recentralizar, segundo seus desejos.

Entretanto, a literatura mais recente sobre o federalismo mostra que descentralização e centralização estão presentes nos Estados federados em um *continuum* nas relações entre as instâncias governamentais federais, estaduais e locais, moldados em momentos históricos concretos.

O poder de centralizar ou descentralizar, nos sistemas federativos, é concedido pelas pessoas nos termos da legislação e de uma Constituição escrita, característica básica de uma “federação”. Portanto, é possível a convivência entre Federalismo, descentralização administrativa e centralização de políticas setoriais.

⁵ MÉDICI (1996) estabelece dois tipos de descentralização, em função das fontes de financiamento: aquela que depende de transferências de recursos é chamada de dependente; quando não há essa dependência, é classificada como autônoma.

2.5. Federalismo, Políticas Públicas e Relações Intergovernamentais

O arcabouço constitucional e/ou legislativo dos Estados federados determina a institucionalização das políticas que estarão sob a responsabilidade federal e aquelas que estarão na órbita estadual, provincial e/ou local, indicando a existência de competências próprias comuns e concorrentes e, com isso, os espaços possíveis de acordos e pactuações. Bélgica e Alemanha, por exemplo, possuem, em seu interior, políticas que são de responsabilidade do governo central, como é o caso da política de saúde.

O exercício do convívio federativo se faz através de mecanismos compensatórios e redistributivos políticos e fiscais que são, como já dito, fruto dos acordos conjunturais históricos que poderão causar graus variados de modificações constitucionais e legislativas e que dependerão da consolidação, da força, da estruturação e de como está moldada a sociedade – técnica, social e politicamente.

Os dois mecanismos clássicos de compensação são os políticos, enquanto distribuição de representação parlamentar nas Câmaras de Deputados e no Senado Federal. A composição e responsabilidades dessas instâncias variam de país para país, entretanto, há uma linha de atribuição comum definida. A Câmara dos Deputados, como representação da população e da sociedade que, segundo STEPAN (1999), está mais perto do princípio de igualdade democrática expressa na frase “um cidadão, um voto”; e o Senado Federal, representando as unidades federadas e o princípio do território, da igualdade territorial, expressa na frase “uma unidade, um voto”.

Outro mecanismo compensatório é o formato da distribuição dos recursos fiscais entre as unidades federadas, que estarão na razão direta das atribuições definidas a cada esfera de governo para o exercício das políticas públicas. Esses

recursos se dividem em duas modalidades. Os que são definidos através de fórmulas que decidem o montante das partilhas, que devem ser regulares e seguras. No Brasil, ela tem o nome de Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM). A outra modalidade é realizada através de transferências negociadas, que variam em decorrência das prioridades políticas de incentivo e/ou indução de políticas.

As federações hoje existentes no mundo apresentam as mais variadas composições de competências para suas instâncias intergovernamentais e adotam mecanismos compensatórios e distributivos, tanto do ponto de vista político como do econômico, para implementação de suas políticas públicas.

A adoção dos mecanismos compensatórios implica na existência de pactuação, negociação, cooperação, conflitos e competição entre as partes e indicam que, no Estado contemporâneo, a flexibilização das políticas públicas é marcante e característica, e seu objetivo é a harmonização dos interesses para alcançar fins comuns, dos pontos de vista econômico, político, cultural e social.

2.6. Federalismo no Brasil: Formação e Tendências Históricas

Para o entendimento das características do federalismo brasileiro, é necessário compreender seu desenvolvimento a partir de dois de seus principais traços, moldados ao longo de sua história: os desequilíbrios e disparidades inter e intra-regionais e o papel dos estados, através da força política de seus governadores.

As modificações ocorridas na elaboração das diversas Constituições, incluindo a Constituição de 1988, mostram que há presença, importante, desses dois traços característicos de nossa história. Acrescente-se o fato de que, no processo de urbanização, os municípios cresceram em importância, tanto nas

políticas sociais, como na política fiscal, resultando nos arranjos e pactuações que se refletiram nas Constituições do país.

Outra característica marcante da nossa organização federativa é que, ao contrário do federalismo dos países avançados e consolidados, ela carece de estabilidade das relações políticas intergovernamentais, recursos suficientes para as demandas e concretude das políticas, definição clara das competências tributárias e de responsabilidades dos governos, pacto federativo centrado nas relações entre o nível federal e estadual de governo e mecanismos políticos de repactuação federativa no plano do legislativo e/ou dos partidos políticos.

Na análise do federalismo brasileiro, três questões devem ser lembradas quanto à sua formação e desenvolvimento. A primeira trata de sua formação, pois, ao contrário do federalismo americano, que foi gestado a partir dos estados federados, negociados de baixo para cima e em torno de um pólo hegemônico (no caso da Virgínia), o federalismo brasileiro foi, segundo OLIVEIRA (1995, p. 77) "*apenas uma solução de jure para acolher um status quo constituído pelas oligarquias regionais provinciais já poderosas no Império*". Ainda, segundo esse autor, "*a Federação resumia-se à soma dos estados e estes, por sua vez, representavam o espaço da dominação oligárquica*".

Assim, essa formulação se aproxima da definição de STEPAN (1999), segundo a qual a razão de ser do federalismo brasileiro é a lógica do "manter junto". Segundo ALMEIDA (2001, p. 15)

"monarquia e república, centralização e descentralização, Estado unitário e federação foram respostas institucionais vislumbradas pelas elites ao desafio de 'manter junto' o país, onde eram fortes as tradições localistas herdadas do período colonial".

SOUSA (2001), analisando as tensões e tendências da nossa formação federativa, acrescenta:

“a razão de ser do federalismo brasileiro sempre foi, e continua sendo, a forma de amortecer as enormes disparidades regionais. Em cada momento histórico, essas disparidades foram acomodadas de formas diferentes e essas diferenças se expressaram no desenho constitucional e nos arranjos tributários”.

A outra questão está na pouca penetração no seio da sociedade do sentimento federativo. Ainda segundo OLIVEIRA (1995, p. 78)

"dentre os mitos brasileiros, a federação não ocupa nenhum lugar importante. Somos o país do Carnaval, do futebol, da democracia racial, do homem cordial, da unidade preservada contra a fragmentação das ex-colônias espanholas, de uma só língua e uma só religião. Porém nesse panteão a federação não é venerada. A produção intelectual brasileira tampouco se interessou pela federação e não há, dentre as obras demiúrgicas da cultura nacional, tanto a esquerda quanto a direita, nenhuma dedicada ao tema".

Essas constatações são importantes porque

"os arranjos federativos tenderão se fazer mais complexos e difíceis, quanto menos sólidos sejam os sentimentos prévios de identidade coletiva e quanto maiores sejam os níveis de desigualdade na distribuição do poder entre as unidades e na distribuição da riqueza entre as regiões e os grupos sociais" (FIORI, 1995, p. 12)

A terceira, o *status* de ente federado outorgado aos municípios confere um diferencial, impossibilitando a afirmação da existência de federalismo dual. Assim, “se a autonomia municipal não é da essência do federalismo, em geral tornou-se, todavia, um elemento essencial ao federalismo brasileiro” (DALLARI, 1995, p. 37).

Portanto, o federalismo brasileiro se forma através de arranjos e acomodações das elites oligárquicas e regionais frente a determinadas conjunturas históricas. Assim, apesar dos períodos ditatoriais de Vargas e dos militares, podemos dizer que o federalismo viveu sob o olhar conjuntural vigente, em que os estados se organizaram para garantir os espaços políticos de poder das elites regionais frente ao controle político hegemônico central. ALMEIDA (2001, p. 25) diz que “o grau e a forma de participação das esferas de governo dependeram do caráter mais ou menos centralizado do arranjo federativo prevalente”.

Desde a sua formação, e através das várias Constituições, o federalismo brasileiro vem apresentando experiências centralizadoras *versus* descentralizadoras. Governo federal, estados e municípios pactuam-se e repactuam-se ao sabor das conjunturas políticas, tendo como marca a manutenção dos poderes e interesses regionais.

Assim, a dinâmica institucional nas diversas conjunturas históricas mostra, como outra característica, um *continuum* nos processos de adequação aos momentos de extrema centralização dos governos autoritários, como também nos momentos descentralizantes.

Do ponto de vista político, a participação dos estados sempre foi presença marcante na nossa história. Desde a necessidade de limitações políticas impostas nos períodos de centralização, associado às articulações nas bases regionais para sustentação dos regimes de exceção, como o papel dos

governadores no equilíbrio federativo nas fases descentralizantes. Segundo AMES (1987), citado por SOUSA (2001, p. 13), os governos subnacionais foram os grandes legitimadores do regime militar e formaram as coalizões necessárias para sua longa sobrevivência.

E, nesse sentido, a confecção das nossas Constituições foi sempre pautada nas relações de poder entre o federal e o estadual, em disputa por recursos fiscais e políticos, com conseqüente ampliação do grau de autonomia estadual. Assim foi o perdão das dívidas⁶ e o aumento da participação dos recursos públicos dos estados em 1930⁷. A reforma eleitoral, em 1932, aumentou o *status* político de estados menores e economicamente mais frágeis⁸.

Em 1934, a extinção de impostos e o aumento dos impostos federais reduziram o poder dos estados⁹. Em 1946, aumentam os recursos destinados aos municípios, tendo como objetivo a diminuição de sua dependência dos estados¹⁰. Em 1967 foi promulgada outra Constituição, que consolidou as emendas constitucionais de 1966, cujo teor era a centralização de recursos públicos e políticos. A Constituição de 1988 democratizou o país, estabeleceu importante descentralização de recursos e atribuições e fortaleceu o papel político dos governadores.

As características acima apresentam as contradições e tensões (SOUSA, 2001) próprias das disparidades regionais, porque, ao tornar o Brasil mais federal, a descentralização política e financeira traz para o cenário político institucional novos atores e novos centros de poder, que vão exercer o seu papel de cooperação, competição e barganha entre si e com o Governo federal.

⁶ O perdão das dívidas por Getúlio, em 1930, pacificaram os descontentamentos regionais (SOUSA, 2000).

⁷ A participação das instâncias subnacionais de governo nos recursos públicos nacionais passou de 34% para 49% em 1930.

⁸ Tema constante no debate federativo, o balanço do poder e da representação dos estados no Congresso Nacional tem sido a base de sustentação do nosso federalismo.

⁹ Ao Governo federal cabe regular as relações fiscais externas e entre os estados.

O Governo federal, por sua vez, ao descentralizar recursos para as esferas subnacionais, diminui seu poder político para o enfrentamento com vista à redução dos desequilíbrios regionais, concorrendo para a necessidade de existência da capacidade política e técnica de negociação permanente, com incentivos e induções de políticas.

Ao longo da história recente, podemos distinguir três períodos em que a dicotomia centralização e descentralização estão presentes: a década de 70, período de alto centralismo, característico do autoritarismo dos governos militares; a década de 80, caracterizada como de descentralização e emergência de novo pacto federativo; e a década de 90, que KUGELMAS e SOLA (2000) classificam como de indefinido, com fortes traços de recentralização e ausência de mecanismos cooperativos, chamado de federalismo predatório.

O período autoritário, que ABRUCIO (1998) denomina de “unionista-autoritário”, as relações intergovernamentais eram centralizadas sob o aspecto político, através do controle das eleições para os governadores e prefeitos das capitais e algumas cidades de médio porte; sob o administrativo, através da uniformização administrativa nas três esferas de governo e, finalmente, o financeiro, através da centralização de receita pelo Executivo federal.

A fase seguinte, nos anos 80, pós-redemocratização, ABRUCIO (1998) qualifica de federalismo estadualista, face ao crescimento do poder político dos governadores. Nesse aspecto é necessário fazer alguns comentários. O primeiro é que o fortalecimento dos governadores ocorre a partir do seu papel na transição democrática e conseqüente ao peso político das eleições estaduais, associado à coincidência das crises do Estado desenvolvimentista, do regime militar e do presidencialismo brasileiro.

¹⁰ A Constituição de 1946 é considerada centralizadora e ao mesmo tempo localista, porque transfere vários impostos estaduais para os municípios e faz com que esses estados repassem parte de seus impostos, também para os municípios.

O segundo, ainda conforme ABRUCIO (1998), refere-se ao modo não-republicano de governar, em que governadores têm pleno controle do Legislativo estadual, da politização da administração pública estadual, da dependência do sistema eleitoral ao governo do estado, associado à ausência de contrapesos regionais, baixa visibilidade política e neutralização dos órgãos fiscalizadores estaduais.

Portanto, o poder real dos governadores obriga o Governo federal a utilizar os mais variados artifícios políticos para garantia de aprovação de medidas políticas e econômicas de seu interesse. As bancadas estaduais no Congresso Nacional estão sob liderança de seus governadores e, portanto, tornam-se atores importantes no cenário político dos acordos e pactuações.

”Indicação de dirigentes para burocracia federal e diretoria de estatais; recursos adicionais via orçamento federal; concessão de incentivos, subsídios e empréstimos a juros subsidiados por instituições financeiras controladas pelo governo federal e aval a empréstimos de organismos internacionais; renegociação das dívidas dos estados com o governo federal” (SOUSA, 1998, p. 580)

Esses são outros ingredientes clássicos de negociação utilizados na relação federal x estadual na política nacional. A conjugação desses fatores teve forte influência na confecção da Constituição de 1988, associada ao crescente fortalecimento dos municípios, com a criação da Frente Municipalista. A disputa de interesses locais e regionais marcou a confecção da nova carta e obrigou o Governo federal a adotar políticas de intensa negociação para o enfrentamento das disparidades regionais.

2.7. Federalismo e a Busca do Equilíbrio

Os mecanismos compensatórios utilizados para o equacionamento das disparidades regionais hoje no Brasil são de duas ordens de grandeza. Do ponto de vista político, através da representação estadual no Congresso Nacional, onde os estados com menor número de habitantes têm representação proporcionalmente maior que os estados mais populosos. Segundo SOUSA (2000), a sobrerepresentação das unidades menores da Federação força o sistema político, o Governo federal e o Congresso a incorporarem, na agenda política, os problemas advindos das desigualdades regionais.

Do ponto de vista tributário, o poder central, com o intuito de compensar as desigualdades regionais, promover seu desenvolvimento e atender às demandas da sociedade por serviços públicos, trabalhou com políticas de transferências, incentivos e gastos, como elemento indispensável ao equilíbrio federativo¹¹. A distribuição da receita nacional é realizada das regiões mais desenvolvidas para aquelas menos desenvolvidas. Esse critério de compensação foi inicialmente adotado em 1946, e posteriormente ampliado na Constituição de 1988, através dos Fundos de Participação de Estados e de Municípios.

O mecanismo de transferência¹² de recursos fiscais¹³ no contexto de uma estrutura federativa de organização do estado supõe um perfil de distribuição de

¹¹ Foi durante os governos autoritários que o sistema brasileiro de proteção social nasceu, expandiu e ganhou suas características (DINIZ, 1993).

¹² As transferências podem ser de natureza compensatória ou redistributiva. A de natureza distributiva implica devolução dos recursos fiscais àquelas unidades de governo em cuja jurisdição os recursos foram gerados, representando assim, a compensação pela perda de arrecadação. Sua distribuição é feita de forma proporcional a determinados parâmetros, como valor adicionado, esforço tributário etc. A transferência de natureza redistributiva se caracteriza pelo repasse de recursos arrecadados pela esfera de nível superior de outra jurisdição que não aquela na qual estes são recebidos. Nesta situação os parâmetros utilizados são outros, como: inverso de renda *per capita*, necessidade de atendimento, tamanho da população etc.

¹³ Segundo BARRERA (1995), as transferências intergovernamentais constituem mecanismo de distribuição de recursos de origem fiscal entre unidades de governo de igual ou diferente hierarquia, destinadas a complementar as verbas que lhes são necessárias para o adequado cumprimento dos encargos de suas

competências e encargos, ou seja, a definição das linhas de ação do que caberia realizar em cada uma das esferas de governo (provisão de bens e serviços públicos ou meritórios, em sua respectiva jurisdição ou área de influência).

As transferências não regulares, também chamadas de negociadas, foram bastante utilizadas no Brasil, durante o período do regime autoritário, centralizador, principalmente a partir da década de 70. Elas se constituíram, e ainda se constituem, num dos principais instrumentos de operacionalização das políticas sociais nos planos federais, estaduais e municipais, apresentando-se, portanto, como forte instrumento de poder político.

A Constituição de 1988 coroou um processo de disputa por recursos tributários sem, no entanto, transformar as modalidades de transferências já existentes. O resultado desse processo foi a reprodução da estrutura tributária anterior, mas de sinal trocado, com ganhos consideráveis de receitas para estados e municípios, contribuindo para a manutenção dos frágeis alicerces do sistema federativo brasileiro (ALMEIDA, 1996; DINIZ, 1993).

Há uma inflexão nos mecanismos de repartição de receita e nas relações intergovernamentais, em favor das esferas subnacionais, com perda de receita do Governo federal: reforma tributária, e com ela a repartição dos recursos favoráveis aos orçamentos fiscais municipais e estaduais em detrimento da união; descentralização política, fiscal e administrativa; consolidação do município como ente governamental, compondo a tríade União, estado e município no novo formato federativo do Brasil.

respectivas competências. Ainda segundo BARRERA (1995), no Brasil, esse mecanismo foi instituído em busca, dentre outros, dos seguintes objetivos: *i) elevar o nível de oferta entre setores nos quais existiam interesse de complementar as ações do Governo federal com as dos governos subnacionais (tais como estradas de rodagem, energia elétrica, educação, habitação popular e saúde); e ii) contribuir para a diminuição das disparidades regionais de renda e capacidade de arrecadação do governo. Neste último caso, as transferências têm papel complementar, dada a existência de outros instrumentos que apontam na mesma direção (fundos de desenvolvimento regional, incentivos e programas, órgãos de planejamento regional etc).*

No entanto, as conquistas descentralizadoras e democratizadoras das relações federativas da nova carta, associadas ao processo em curso no plano internacional e à necessidade do Governo federal de cumprir a agenda econômica e compensar as perdas adquiridas na repartição de recursos com as demais instâncias de governo, ampliaram os níveis de tensões, gerando conflitos de interesses federativo, traços característicos dos anos 90.

SOUSA (2001) apresenta em seus estudos três fontes de tensão. O primeiro nível de tensão está em equacionar o aumento do papel do Estado nas políticas sociais e regionais, por um lado; e, por outro, a adoção de uma agenda política de desregulamentação da economia e redução do papel do Estado. O segundo ocorre devido à grande heterogeneidade inter e intra-regional, que torna a descentralização e a capacidade dos governos subnacionais de implementar políticas sociais bastante desigual. O terceiro e último nível de tensão são as desigualdades regionais e sociais e o resultado do processo de descentralização.

Para compensar as perdas ocorridas após a Constituição, o Governo federal vem adotando medidas que criam constrangimentos ao desenvolvimento de uma política de descentralização. Além do reforço de sua receita, esta apresenta mecanismos que, por um lado, garantem o cumprimento de sua agenda econômica, mas, por outro, traz limitações à autonomia dos governos subnacionais.

Esses mecanismos se expressam em três posicionamentos dentro da relação receita x despesas:

- no primeiro, há incremento de receita, através do aumento dos recursos não partilhados (contribuições sociais e/ou impostos que não compõem os recursos partilhados com estados e municípios), sem o crescimento simultâneo dos recursos partilhados;

- no segundo, a contenção de gastos do Governo federal, através de corte de despesas, pressiona estados e municípios a investirem sem a devida contrapartida federal;
- no terceiro, os gastos das esferas subnacionais sofrem restrições, através do Fundo de Estabilização Fiscal, que impõem limites às dívidas e às despesas com pessoal e impedem que o Governo federal ajude os estados, se estes contraírem novas dívidas.

Estados e municípios, valendo-se da legislação que taxa o ICMS na fonte, ou seja, onde o produto é produzido, iniciam uma guerra fiscal sem precedentes, buscando atrair grandes indústrias para seus territórios e almejando captação de recursos futuros, compensando, assim, as perdas da política econômica restritiva central.

Esse processo possui uma contradição, pois o Governo federal cria constrangimentos para os estados, através de uma política de recentralização fiscal e restrição para novas dívidas e, ao mesmo tempo, depende dos governadores e de suas respectivas bancadas federais para aprovação de políticas de seu interesse. Nesse sentido, a barganha e o repasse de recursos com base nas transferências negociadas ficam ao sabor da temperatura política do momento.

De outra forma, o ajuste macroeconômico é uma estratégia, através da adoção um plano de estabilização monetária, abertura da economia e redução dos gastos públicos. Essa política se torna contraditória, uma vez que acentua os problemas e estimula as demandas por políticas sociais.

“Essa conjuntura, associada à escassa tradição democrática e a debilidade das estruturas de governo, principalmente das esferas subnacionais, tem se traduzido por baixa capacidade dos governos para enfrentar a

complexidade daquelas questões e as conseqüências da autonomia conferida constitucionalmente às esferas subnacionais” (NASCIMENTO, 2001).

Essas considerações apontam para uma reflexão sobre o estágio atual do federalismo brasileiro e questões que podem, segundo SOUSA (2001), impactar no curto e no médio prazo. A primeira se refere à possibilidade de os governos subnacionais investirem em políticas sociais; a segunda trata da incapacidade de alguns estados e municípios possuírem a mesma cota de poder político, de recursos financeiros e de provisão de serviços sociais; a terceira fala da possibilidade de provisão de serviços sociais, de fato; e a quarta trata da agenda econômica do Governo federal.

Entretanto, contraditoriamente, o Governo federal vem adotando estratégia de indução como instrumento de repasse de responsabilidades de políticas públicas para estados e municípios, na área de saúde¹⁴, como instrumento para compensar possíveis obstáculos à descentralização. Segundo ARRETCHE (1999, p. 112)

“a descentralização das políticas sociais não é simplesmente subproduto da descentralização fiscal, nem das novas disposições constitucionais e, portanto, não é suficiente que a União se retire de cena para que, por efeito de novas prerrogativas fiscais e políticas de estados e municípios, estes passem a assumir de modo mais ou menos espontâneo competências de gestão”.

Isso significa que a descentralização de atribuições para estados e municípios necessita da adesão das referidas instâncias, para absorver o que vai ser descentralizado. Tais considerações informam que há uma lacuna entre o que foi desenhado pelos constituintes de 1988 e o que, de fato, foi possível

implementar, como resultado dos “*problemas que não foram enfrentados, tais como a pesada história de desigualdades sociais e econômicas*”, segundo SOUSA (2001)

2.8. Federalismo, Descentralização e Política de Saúde nos Anos Recentes.

A saúde, dentro desse contexto, vem passando por transformações que datam da década de 80. Estas têm como marco a inserção na Constituição Federal da saúde como direito, através de uma organização com comando único, através do Sistema Único de Saúde.

O SUS constitui o desafio de mudança de uma estrutura¹⁵ solidamente construída, porém sem mecanismos organizacionais para formação de sistema¹⁶. Tal mudança implica passagem de um modelo de prestação de assistência centralizado para outro descentralizado, bem como formação de um sistema em Estado federativo, também em construção.

As alterações do campo da saúde ocorrem sob quatro óticas distintas:

- a primeira trata da superação do modelo anterior dicotômico e excludente, para outro de caráter universal em busca de ações conjuntas, tanto na prevenção como na cura das doenças, avançando na articulação com outros setores governamentais, tais como transporte, trabalho, educação e meio ambiente, na busca da melhoria de condições de saúde da população cujas atividades ultrapassam os limites das Secretarias e Ministério da Saúde;

- a segunda diz respeito ao papel político dos novos atores nesse cenário. O retorno às liberdades democráticas restabeleceu o poder político dos governadores e dos prefeitos, ou seja, a descentralização no campo da saúde,

¹⁴ As Normas Operacionais Básicas (91, 93, 96 e NOAS) induzem estados e municípios a adoção de critérios de habilitação para repasse de recursos.

¹⁵ Ministério da Saúde, Ministério da Previdência, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais.

¹⁶ A lei do Sistema Nacional de Saúde de 1975 apenas atribui responsabilidades para cada instituição, entretanto não resolve questões organizacionais para tarefas conjuntas e coordenadas.

ainda que, com alguma imprecisão nas atribuições das instâncias de governo, em especial para o estado, define, através da nova Carta Magna, novo papel para essas instâncias;

- a terceira trata de confeccionar uma forma de financiamento que consiga equacionar a mudança do modelo assistencial e reflita as competências das instâncias governamentais no campo da saúde;

- a quarta refere-se ao desafio na confecção de sistema de saúde único, universal, igualitário, com integralidade e hierarquização das ações, num país em transformação de federalismo centralizado para federalismo cooperativo.

Tratando-se de um sistema, os aspectos apresentados possuem a característica de serem interligados e interdependentes. A mudança de modelo assistencial implica alteração das relações intergovernamentais, que também dependem das formas de financiamento que sustentem a autonomia e, ao mesmo tempo, a interdependência das instâncias governamentais.

Neste sentido, o papel dos novos atores assume importância destacada, uma vez que, em estruturas autônomas de governo, a formação de sistema implica diversos graus de hierarquia, integração e subordinação. Os acordos políticos, sustentados em financiamentos sólidos, é que darão credibilidade e visibilidade ao sistema.

“Conforme o disposto na nova ordem constitucional instalada no Brasil em 1988, a proteção, a defesa e o cuidado de saúde estão sob responsabilidade das três esferas de governo cujas ações e serviços devem constituir um sistema que apresente apenas uma direção em cada uma dessas esferas. Portanto, a garantia do direito à saúde do povo dos estados-membros supõe a formalização do sistema sanitário estadual. Tal sistema deve, em obediência

ao preceito nacional, ter o poder político implícito à descentralização (...) Para atender à ordem federal, os estados necessitam, especialmente, assumir sua responsabilidade e respeitar o poder político municipal (...)”
(DALLARI, 1995)

Contudo, a autonomia municipal está limitada aos princípios contidos na Constituição Federal, bem como – considerando-se a estrutura federativa do país – aqueles princípios expressos na Constituição de seus respectivos estados.

As diferenças regionais, dos pontos de vista cultural, econômico, político e administrativo, fruto da especificidade histórica no desenho da formação social e da cidadania nos diversos estados e municípios no território nacional, produziram as mais variadas experiências de construção do SUS.

Assim, a convivência entre os sistemas municipais, estaduais e federal sob direção única com controle social, Conselhos de Saúde e respectivas Comissões Bipartites apresentarão características próprias de cada instância governamental. Os arranjos institucionais e os acordos políticos para o efetivo funcionamento do sistema ficarão condicionados aos reflexos dos processos de transformações políticas, econômicas e da presença, ou ausência, do papel do Estado como indutor dessas transformações, que serão particulares de cada estado e/ou município.

Essas diferenças informam que cada realidade é única e que, em alguns estados, a Secretaria de Estado de Saúde teve papel determinante para as mudanças. No Espírito Santo, por exemplo, o papel do município foi bastante reduzido, enquanto o estado foi o grande indutor da descentralização. Nesse estado, descentralização é sinônimo de estadualização (SILVA, 1996). Em outros, como São Paulo, por exemplo, ocorreram outras formas de trajetória rumo à descentralização (VIANA, 1994; FRANKLIN, 1995).

Ao longo da década de 90, o exercício de implementação do texto constitucional na área da saúde apresentou contradições e tensões próprias do estágio atual da nossa construção federativa, da agenda econômica adotada pelo Governo federal, do estágio de desenvolvimento das instâncias governamentais na assunção de políticas públicas sociais e da saúde, em particular.

Outra dimensão presente e que corrobora a etapa atual é o estágio científico e tecnológico em que nos encontramos, bem como o nivelamento da estruturação dos equipamentos de assistência à saúde federais, estaduais e municipais para o acompanhamento da evolução demográfica e epidemiológica e os respectivos aparatos técnicos para sua assistência.

Portanto, a construção desse modelo é bastante complexa, porque envolvem o estabelecimento de relações interinstitucionais, interserviços e interníveis de governo, de forma a organizar o sistema nas três dimensões de esferas governamentais, sob direção única: Sistemas Municipal, Estadual e Nacional de Saúde.

Essas relações se desenvolvem a partir do convívio com duas dimensões. Uma própria do setor, com sua história, sua tecnologia e lógica própria. E outra, fora do setor, ditada pela política global do município, do estado e federal, na qual estão envolvidos os interesses culturais, econômicos e políticos da comunidade. As políticas setoriais não são imunes, como já dito, ao processo mais geral e, portanto, são reflexos de acordos e pactuações de políticas possíveis.

A implementação da política setorial de saúde em uma federação onde não existe hierarquia entre as instâncias governamentais requer a presença de um Estado forte (MACHADO, 2002). Este fato se apresenta como um paradoxo,

pois é sob a égide de hegemonia da economia liberal e das propostas de flexibilização e corte de gastos estatais, onde “o papel do Estado é extremamente fortalecido através das funções reguladoras e reordenadoras dos complexos sistemas de provisão de serviços” (VIANA, 2002, p. 2). Assim, há uma lógica universalizante setorial que se contrapõe à lógica restritiva e seletiva central ditada pela agenda da política econômica de controle de gastos.

Esses fatos impuseram, durante a década de 90 e até a presente data, a necessidade de as instâncias governamentais do setor saúde experimentar o exercício da cooperação, competição e pactuação, através de instrumento de indução ditado pela esfera federal – as Normas Operacionais Básicas. A evolução das NOBs, nesse período, mostrou o amadurecimento e a crescente resolução dos entraves e nós críticos políticos e técnicos.

Acrescente-se o fato de que a legislação do SUS contém, em seu texto, competências comuns e competências concorrentes, assim como pouca clareza na definição dos papéis a serem exercidos pela esfera subnacional de governo. Essas questões vêm sendo superadas, também, através das quatro edições das Normas Operacionais Básicas¹⁷ e Portarias editadas pelo Ministério da Saúde.

A definição clara das atribuições de cada esfera de governo, no entanto, não está imune aos conflitos federativos. Assim, como vencer a contradição em adotar uma política nacional de saúde, com criação de padrões sanitários nacionais e ao mesmo tempo respeitar a autonomia e a interdependência das esferas subnacionais de governo, próprias um estado federado?

Segundo FRANCE (2001), federalismo e padrões nacionais de saúde podem tornar-se incompatíveis entre si, posto que a criação de padrões nacionais implica que as “preferências subcentrais permaneçam subordinadas às preferências nacionais”. Ainda o mesmo autor afirma que “a aceitação dos

¹⁷ Norma Operacional Básica 01/91, 01/93, 01/96 e Norma Operacional da Assistência a Saúde

padrões nacionais, por parte dos governos subcentrais, implica que estes concordem com o fato de que, nesse caso, o conceito de comunidade nacional prevaleça sobre o de comunidade regional’.

Entretanto, como acentua o autor, a existência de padrões nacionais nos países de tradição federativa (Alemanha e Canadá, por exemplo), está assentada no princípio da solidariedade social nacional. Segundo esse pressuposto, acredita-se, em tese, que as políticas sociais nacionais possuem um elemento facilitador da construção e manutenção de vínculos para a unidade territorial nacional.

Embora sem possuir o caráter acima mencionado – pois não é a saúde que estabelece a nossa construção de vínculos – o Brasil, ainda sem uma política nacional de saúde formalmente definida, vem, através das instâncias formais de representação na Saúde (Ministérios e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais), bem como de seus órgãos colegiados, construindo a história de formação da recente da organização da prestação de assistência à saúde numa autêntica construção federativa setorial.

Nesse sentido, as Normas Operacionais Básicas e as Portarias emitidas pelo Ministério da Saúde vêm exercendo duplo papel. O primeiro, ao redirecionar o papel do Ministério da Saúde, enquanto direção nacional do Sistema Único Federal. E o segundo, o papel indutor¹⁸ de políticas de saúde, através de propostas de mudança do modelo assistencial, na modalidade de financiamento, e seja criado ambiente propício para que, gradativamente estados e municípios assumam o sistema de saúde, nos seus limites territoriais, enquadrando-os nas habilitações hoje definidas pelas atuais normas.

¹⁸ Segundo ARRETCHE (1999, p. 114), “em estados federados, estados e municípios – porque dotados de autonomia política e fiscal – assumem funções de gestão de políticas ou por iniciativas próprias, ou por adesão a algum programa proposto por outro nível de governo, ou ainda, por imposição constitucional. Assim a transferência de atribuições entre níveis de governo supõe a adesão do nível de governo que passará a desempenhar as funções que se pretende sejam transferidas.

Os avanços do processo de descentralização apresentam os gestores nacionais e subnacionais em diferentes estágios. O gestor federal vem assumindo o papel estratégico de gestor de sistema no âmbito nacional (MACHADO, 2002). O governo central vem atuando nas seguintes frentes: formulação de políticas e planejamento, e no financiamento, através das transferências de recursos para estados e municípios. Participa, ainda, da execução de ações e serviços em áreas específicas: nos hospitais ligados às universidades federais e em alguns hospitais especializados e de alta complexidade que não foram transferidos para os estados.

O gestor federal, ainda dentro de sua estratégia de regulação da política, na lógica da construção de padrões nacionais de saúde, trabalha junto a estados e municípios, no apoio e capacitação dos gestores, capacitação de recursos humanos para o SUS, controle e avaliação de sistemas, serviços e práticas, financiamento de pesquisas, regulação de mercados relacionados à saúde, entre outros.

Estados e municípios apresentam os mais variados estágios de capacitação gestora. Em dezembro de 2000, 99% dos municípios do país estavam enquadrados em alguma condição de gestão e 523 municípios (9,5%) habilitados na condição de gestão plena de sistema (VIANA, 2002).

Assumir novo papel na política de saúde foi desafio para as instâncias de governo, em particular para estados e municípios. Durante a última década, houve um aperfeiçoamento técnico e político, resultado das políticas de indução federal, como também das novas responsabilidades adquiridas por estados e municípios.

Cabe destacar nesse processo que o estado, instância governamental responsável pela formulação e regulação de políticas de saúde no âmbito

estadual e regional, ficou durante alguns anos, em especial sob o advento das NOBs 91 e 93, sem definição clara de seu papel.

A partir da elaboração da NOB 96 e, mais recentemente, da NOAS, em 2001, essa instância governamental recuperou seu papel de gestor e coordenador estadual, ainda com responsabilidade na execução da assistência naqueles procedimentos em que os municípios ainda se encontrem sem o aparato técnico e tecnológico para assumi-lo.

Instância governamental sob a égide de uma política econômica restritiva, limitadora de autonomia para implementação de políticas públicas próprias, associado à indefinição de seu papel no âmbito setorial, o estado enfrenta um capítulo de sua história, na perspectiva de um novo padrão de governabilidade, ditado pela democratização e pela descentralização a ela associada.

Vale lembrar que, associado ao processo de municipalização acelerada nos idos das NOBs 91 e 93, o estado não teve, ao longo de sua história, o papel político de responsabilização da saúde em seu espaço territorial, que extrapolasse as atividades específicas de suas unidades próprias. Tratava-se de, mais das vezes, de adoção de políticas como braço executivo do Ministério da Saúde. A assistência, como se sabe, estava a cargo da Previdência, responsável pela prestação de assistência aos trabalhadores do mercado de trabalho formal, e o mesmo estado absorvia a parcela da população não-previdenciária.

Face às dificuldades e desafios comuns na representação de seus interesses junto ao Governo federal, os estados com seus Secretários de Estado de Saúde se organizaram, com a criação do Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde, o CONASS.

Surgem novos desafios, novas atribuições setoriais *versus* limitações para o exercício da autonomia plena e necessidade de estar capacitado técnica e

politicamente para o exercício da coordenação, competição e cooperação com as demais instâncias governamentais, associado a um passado histórico de forte poder político de seus representantes. O estado ingressa nos anos 90 sob o desafio de construir as bases para o exercício pleno de seu papel de gestor do Sistema Único Estadual, aperfeiçoando e amadurecendo as relações federativas, para dentro dos limites territoriais com os municípios e, para fora desses limites, com os estados e com o Governo federal.

3. O ESTADO DO RIO DE JANEIRO. UM NOVO PAPEL NA SAÚDE – TENSÕES E CONFLITOS.

3.1. O INÍCIO DOS ANOS 90. AS TRANSFORMAÇÕES E OS FOCOS DE TENSÃO

O Estado do Rio de Janeiro ingressa na década de 90, na área de saúde, enfrentando dois desafios. O primeiro se refere à necessidade de adequação de seu papel político-institucional de organizar, planejar e regular o sistema de saúde nos âmbitos estadual e regional, sob o manto da Constituição Federal e Estadual. O segundo, ao papel da Secretaria de Estado de Saúde, de gerenciar uma rede de hospitais gerais, de perfil municipal, que não foram municipalizados e os hospitais especializados, de referência estadual.

O processo de descentralização, tendo como marco a Constituição de 1988, começa, no início dos anos 90, no campo da saúde, sob roupagem da desconcentração (CORDEIRO, 2001), ainda sem mudança significativa nos modos de operacionalização dos recursos, da assistência e das relações federativas necessárias para conformação de sistemas municipais e estaduais com direção única da Saúde.

O Rio de Janeiro não fugiu a essa regra. Estava mergulhado nas turbulências da política interna¹⁹, que potencializaram os problemas, do ponto de vista da integralidade, da hierarquização, da formação de sistema e da busca do equacionamento do modelo assistencial.

Esse quadro coloca aos técnicos e políticos da saúde, com responsabilidade de direção da SES, um novo desafio. Estes têm características

gerais, em que se enquadram todos os estados da Federação e aquelas próprias da realidade estadual, com seu passado histórico.

A descentralização no Rio de Janeiro, que teve início na década de 80 e cuja característica foi a da municipalização radical, encontrou nos primeiros quatro anos da década de 90 um estado que, do ponto de vista político, colocou a área da saúde como pasta disponível para os acordos de governabilidade, contribuindo para o seu enfraquecimento político e técnico (PARADA, 1997).

O instrumento utilizado para o financiamento, através da NOB 91, possibilitou e facilitou o isolamento do Estado do Rio de Janeiro. Foram normas e pré-requisitos que ajudaram a aproximação entre o Governo federal e os governos municipais. Ocorreu, assim, e como conseqüência, o fortalecimento do COSEMS²⁰ do Rio de Janeiro, no momento em que os municípios se organizam sem comando regional (PARADA, 1997).

Foram quatro anos em que os municípios e o COSEMS se organizaram e deram a direção política, negando, algumas vezes, a importância do papel do estado²¹, como também do Governo federal, que, por sua vez, adotara uma política de cuidar de suas unidades assistenciais próprias²².

Portanto, além dos fatos com repercussão nacional, que afetaram todos estados da Federação, a peculiaridade do Rio de Janeiro tornou mais complexo os limites da autonomia e, também, da decisão política, tanto para a conformação do Sistema Único Estadual, como também a liderança institucional do comando estadual na área de saúde.

¹⁹ Ver o debate em PARADA, R., 1997. *Sistema Estadual de Saúde. Descentralização e Relações Intergovernamentais*: Um Estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social-UERJ, mimeo.

²⁰ O COSEMS teve participação ativa no processo de implantação da CIB do Rio de Janeiro (Lima, 2001)

²¹ Entrevista com Gilson Cantarino O' Dwyer.

²² Ver terceiro capítulo

Dada a urgência de se estabelecer protocolos e pactos de atuação conjunta no âmbito dos estados e municípios – pela busca de recursos de financiamento federal e repasses que pudessem dar algum grau de autonomia das ações na área de saúde, bem como responder a uma demanda de melhoria da assistência – foi elaborada outra norma operacional, a NOB 01/93, após seis meses de debate entre CONASS, CONASEMS, CNS e o Ministério da Saúde.

Assim, como no plano nacional, as regras adotadas pela NOB 93, ainda que, sem deixar claro o papel efetivo do estado, o curso das discussões e dos possíveis acordos vai tomando outra feição, através da institucionalização do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Bipartite (Parada,1997 e Lima,1998).

Nesse momento histórico e político inicia-se, de fato, a institucionalidade da mudança do padrão de governabilidade²³ no campo da saúde. A necessidade de habilitação²⁴, municipal e estadual, para obtenção de recursos de financiamento federal, induz estados e municípios à tomada de outras atitudes políticas e institucionais, de responsabilização diferenciada para a área da saúde.

Habilitar-se junto ao Governo federal para obtenção de recursos para a saúde e, conseqüentemente, assumir o comando único, levou estados e municípios a se prepararem internamente, com o objetivo final de adquirir, através da modalidade atual de financiamento, autonomia para as decisões em seus limites territoriais.

Os requisitos para a habilitação enquadram as instâncias governamentais em padrões de comportamento e diretrizes que são emanados e cobrados pelo

²³ Vale lembrar que a prestação de assistência à saúde pré-Constituição de 1988 era realizada pelas três instâncias de governo, sem mecanismos de organização ou de parceria. Cada governo cuidava de seus próprios equipamentos.

²⁴ As normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde contêm requisitos formais para que estados e municípios se habilitem a receber os recursos de financiamento federal para assistência.

Governo federal (como financiador) e, portanto, indicam como utilizar os recursos por ele liberado, evidenciando o que alguns autores classificam de autonomia relativa.

Esses fatos nos indicam que a observação e análise das mudanças no padrão de governabilidade dos anos 90 têm como marco, no Rio de Janeiro, o período compreendido entre 1994 até 2001. Durante esse período foram elaboradas Normas Operacionais, e houve um crescente aperfeiçoamento dos passos necessários para habilitação e uma progressiva clareza na definição das atribuições pertinentes a cada instância governamental.

As atribuições, competências e responsabilidade por nível de governo já estavam definidas na Lei Orgânica da Saúde²⁵ e, de forma genérica, na NOB 93. Entretanto, a operacionalização, de fato, dos atos necessários para seu efetivo exercício, sofrem interferências de diversos fatores. Aqueles que são estruturais

²⁵ Lei n. 8080: “À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete: promover a descentralização para os municípios, dos serviços e das ações de saúde;

1. acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde – SUS
2. prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
3. coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica
 - b) de vigilância sanitária
 - c) de alimentação e nutrição
 - d) de saúde do trabalhador
4. participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
5. participar da formulação da política e de execução de ações de saneamento básico.
6. Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
7. Em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
8. Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
9. Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde de pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
10. Estabelecer normas, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
11. Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
12. Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos, e fronteiras;
13. Acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

afetam estados da Federação e aqueles que são próprios da história político-institucional do Estado do Rio de Janeiro.

Implementar as novas funções é tarefa complexa e varia de estado para estado, região para região, guardando relação direta com a herança histórico-institucional de cada estado e de cada município da Federação, promovendo repercussões variadas no setor saúde.

A complexidade das mudanças necessárias para que os estados abracem suas atribuições apresenta quatro focos de tensões e conflitos. Elas são inerentes ao desenho federativo vigente, possuindo, com isso, especificidades e interdependência. Ao mesmo tempo, guardam relação direta com as transformações no campo das relações intergovernamentais em curso no país.

- Estados e municípios assumem outras atribuições no campo da saúde.
- Financiamento para sustentabilidade às novas atribuições.
- Confecção de sistema em respeito ao artigo 198 da Constituição Federal²⁶, bem como à Lei Orgânica da Saúde, norteadora dos princípios do SUS.
- Mudança do modelo assistencial.

O período do presente estudo se situa entre 1994 e 2001. Esses anos percorrem dois mandatos de governos estaduais. O primeiro, do governador Marcelo Alencar, do PSDB, e o segundo, do governador eleito pelo PDT e, posteriormente filiado ao PSB, Anthony Garotinho.

²⁶ Art. 198 – "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

1. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
2. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
3. participação da comunidade.

O primeiro governo desse período assume a Secretaria de Estado de Saúde²⁷ buscando retomar a liderança enfraquecida²⁸ e, portanto, enfrentar o desafio de ser gestor e ao mesmo tempo gerente, próprio do estado com uma rede complexa de unidades hospitalares²⁹. O segundo apresenta duas peculiaridades: o governador e o secretário de Estado de Saúde foram os primeiros governantes do Estado do Rio de Janeiro cuja origem não era a capital³⁰, rompendo a tradição do estado³¹; a outra característica foi a manutenção do secretário no cargo durante todo o mandato, apesar da troca de partido feita pelo governador.

Os primeiros quatro anos de nova gestão do governo do estado seguiram a orientação de agenda comum, sem sofrer solução de continuidade, apesar das três mudanças ocorridas no secretariado. O quadro técnico e os cargos políticos de segundo e terceiro escalão não foram modificados, possibilitando a manutenção da orientação política de governo no campo da saúde. Número significativo desses profissionais possuía experiência técnica e política vividas na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, durante a gestão do então governador, à época prefeito, Marcelo Alencar.

Para execução das ações pertinentes aos novos desafios contidos nas novas atribuições, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro muda sua estrutura organizacional, sem deixar de exercer o papel de gerente de uma rede de hospitais, em sua maioria herdados da fusão do Estado do Rio de Janeiro com Estado da Guanabara, um hospital geral em Niterói e outros especializados, em outros municípios do estado³².

²⁷ Durante esse primeiro governo são empossados três Secretários de Estado de Saúde: Dr. Antônio Luiz Medina, Dr. Ivanir de Melo e Dr.^a Rosângela Belo.

²⁸ Segundo Gilson Cantarino, a liderança do estado se dá na dependência da agenda que ele constrói, caso contrário, os municípios, através do COSEMS, impõem a sua agenda.

²⁹ Entrevistas com Rosângela Belo, Frederico Caixeiro e Walter Mendes Jr.

³⁰ O governador foi Prefeito do Município de Campos dos Goytacazes, no Norte Fluminense, enquanto o Secretário de Saúde foi Secretário de Saúde do Município de Niterói (antiga capital do estado).

³¹ Os governadores eleitos e seus respectivos Secretários de Estado de Saúde no Estado do Rio de Janeiro sempre foram políticos da capital.

³² Ver terceiro capítulo.

A gerência da rede de serviços de assistência próprios fica sob a responsabilidade da Subsecretaria de Saúde. As atribuições voltadas para a gerência do Sistema Estadual de Saúde ficam na órbita do Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento. O secretário tem um papel mais voltado para o sistema, entretanto a produção dos serviços realizados e o porte dos hospitais localizados no município do Rio de Janeiro não permitem que essa divisão de tarefas seja tranqüila e sem tensões.

A governabilidade, para ser estável, deve ser o resultado do estabelecimento das boas relações políticas no interior da Secretaria de Saúde, nas suas relações políticas e técnicas no interior do governo, bem como para o exterior destes, nas articulações com os municípios e com o Governo federal. O equilíbrio das diretrizes políticas efetuadas para dentro e para fora da saúde mediará o sucesso das ações.

Assim, o Secretário de Saúde tem que dar respostas às demandas que são reflexos dessas relações. No caso do Rio de Janeiro, elas ocorrem de modo peculiar. As pressões aparecem, aos olhos da política, pelo lado da gerência da rede e nos casos de calamidade. São atividades do poder público estadual na Saúde que a população e a sociedade têm conhecimento e sentimento, razão pela qual a mídia, os políticos e os parlamentares ficam atentos e cobram respostas. A assistência tem um apelo maior do que a saúde coletiva, porque detecta o sofrimento agudizado da clientela. Essa realidade informa a dimensão dos limites e da autonomia da Saúde.

A visão da população e seus representantes políticos, na ótica da assistência hospitalar, faz com que os gestores da saúde assumam uma postura

de prestação da assistência, mais próxima da política local de saúde e, portanto, mais voltada para o atendimento direto da população³³.

O entendimento dos governantes, do Legislativo e da administração, quanto à necessidade de entrega dos hospitais gerais para os municípios, ao desempenho e desenvolvimento de políticas mais gerais e regionais, conforme estabelece a Constituição Estadual, ainda é de difícil compreensão e, portanto, dificulta a operacionalização. “*O povo, os políticos, os parlamentares não sabem nada de SUS, o que eles querem é resolver uma consulta ou uma internação*”³⁴.

Governar a saúde no Rio de Janeiro significa o equacionamento e o equilíbrio entre o velho papel da Secretaria de Estado de Saúde (gerenciar a rede) com a construção do novo papel. A norma operacional, que regulava e dava a diretriz ao SUS (NOB 93), possuía traços fortemente municipalistas, não contribuindo para que o estado assumisse seu novo papel.

Os diferentes papéis adotados pela SES evidenciam que os limites da autonomia não são dados exclusivamente pela regulação do financiamento global, orientado pela NOB, conforme analisam alguns autores e alguns entrevistados, mas, também, estão localizadas no interior do próprio estado, cuja tendência é de ser executor das ações, hoje a cargo dos municípios.

Os primeiros anos da gestão da secretaria (1995-98) foram dedicados a construir uma diretriz política e implementar ações, com o objetivo de resgatar a credibilidade do papel do estado na área de saúde. “*Encontramos a secretaria em terra arrasada*”³⁵. Esse fato fez com que a necessidade de “arrumar a casa” para o enfrentamento das ações prioritárias para gerenciamento do sistema e da rede fossem prevalentes sobre as discussões e os debates sobre as dificuldades

³³ É uma postura que reflete um modelo de atuação do estado, ainda sob uma ótica hospitalocêntrica pré-Constituição.

³⁴ Entrevista com Frederico Caixeiro.

³⁵ Entrevista com Frederico Caixeiro e Rosângela Belo.

e os limites de autonomia. *“A nossa preocupação foi dar uma estrutura para a secretaria³⁶, motivando e qualificando os quadros técnicos lá existentes”.* *“Não discutimos os limites, mas sim a montagem”³⁷.*

As novas atribuições para estados e municípios na década de 90, dentro de um quadro federativo, implicavam que, independentemente do estágio em que se encontrava a organização da SES, questões de fórum estadual e regional fossem enfrentadas e assumidas. *“As atitudes políticas da SES nesse período foram sempre recebidas com muita 'desconfiança política' por parte dos municípios e pela sociedade. Havia um medo muito grande do papel intervencionista do estado”³⁸.* Eram reações que refletiam o posicionamento político adotado pela gestão anterior, na medida em que conduziram a política do setor ausente do debate, da formação de sistema. Como consequência, os municípios mantiveram uma relação direta com o Governo federal³⁹.

A desorganização e o desconhecimento do papel da SES, até então, produziram questionamentos para a nova gerência.

“O que é ser gestor de um sistema e não ser administrador de uma rede? Isso não é claro. É muito difícil, você como técnico e político convencer a quem tem o poder decisório para descentralizar. Entra-se numa agenda de barganha que nada tem nada haver com o objetivo do SUS, e soa sempre com uma perda de poder. A população não entende bem isso. Qual seria o papel desse estado, do Governo federal, sem hospital? Na verdade os prefeitos e

³⁶ Embora com todo esvaziamento técnico, os quadros profissionais da SES estavam mais preparados que os quadros técnicos da maioria dos municípios”, afirma Rosângela Belo, em entrevista.

³⁷ Entrevista com Walter Mendes.

³⁸ Entrevista com Frederico Caixeiro.

³⁹ *“Eu quando era secretário municipal, eu achava que a secretaria não precisava do estado, e hoje, acho que não. O estado pode apoiar muito, mas desde que esteja voltado para isso, com uma agenda construída para isso”* Gilson Cantarino, em entrevista.

os governadores são políticos e essas questões são mais técnicas e não tem apelo para os políticos”⁴⁰.

Por dentro do governo, a falta de esclarecimento do novo na área da saúde criava arestas políticas e técnicas de soluções difíceis, para aos quais a mediação do governador era vital.

“A área econômica dos governos estaduais não compreende bem essa história de fundo estadual de saúde. Que história é essa de dinheiro que você administra e que não passa na minha conta corrente? Eles simplesmente ignoravam. Eles falavam: Olha, são 600 milhões por mês que o estado administra, mas onde isso está, se não está no meu balanço? Passar nossa unidade para outro governo é perder poder”⁴¹

Essas citações, colhidas em entrevistas, dão a dimensão de nuances que não estão escritas no *Manual do Gestor*: a dimensão política. A participação da sociedade, através dos Conselhos de Saúde, ainda não é suficiente para minimizar tais questões, uma vez que ainda faltam informação, debate e sistematização dessa informação, que possam qualificar os membros do Conselho para outro patamar de entendimento técnico.

Ao longo desses sete anos, ambos governos viveram os dilemas de estabelecer o limiar adequado entre o papel gestor de sistema e gerente da rede hospitalar da secretaria, uma vez que os hospitais gerais próprios não foram municipalizados. O Hospital Estadual Rocha Faria, por exemplo, esteve potencialmente municipalizado nesse período, mas a Prefeitura do Rio de Janeiro e o Governo do Estado não chegaram ao acordo necessário para repassar os recursos que garantissem a municipalização.

⁴⁰ Entrevista com Frederico Caixeiro.

3.2. Gerente de Rede e Gestor de Sistema: um falso dilema

A governabilidade do Estado do Rio de Janeiro, como já dito, é diretamente proporcional ao equilíbrio em ser gestor de sistema e gerente da rede. É o embate entre o velho modelo de gestão da SES–RJ, preocupado em administrar os hospitais próprios da rede do estado⁴², e o novo, pós-Constituição, Lei Orgânica e NOBs, em que o estado assume o papel de liderança estadual e regional, com comando único na construção do sistema. A clareza política e técnica desses papéis, e a maneira como a secretaria se organiza para exercê-los dão consistência e direcionalidade às ações de saúde.

A SES possui uma rede de unidades hospitalares próprias, num total de 24. São 12 hospitais gerais, 6 especializados e 6 institutos. Desses, 14 estão localizados no Município do Rio de Janeiro⁴³, todos herdados do antigo Estado da Guanabara, após o advento da fusão. Os outros hospitais estão localizados nos municípios do antigo Estado do Rio de Janeiro⁴⁴. Nos últimos anos, o estado inaugurou 5 hospitais, em municípios da região metropolitana, na perspectiva de uma municipalização futura.

⁴¹ Idem.

⁴² Vale lembrar que os Centros e Postos de Saúde espalhados pelo Estado do Rio de Janeiro foram repassados para os municípios, assim como alguns hospitais, como o Hospital Ferreira Machado, em Campos.

⁴³ Hospitais Gerais: Alberto Schweitzer, Carlos Chagas, Getúlio Vargas, Pedro II, Rocha Faria; Especializados: Santa Maria (Tuberculose), Anchieta (Ortopedia), Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, Centro de Tratamento e Reabilitação de Aditos (Dependência Química); Institutos: Cardiologia Aloysio de Castro, Diabetes e Endocrinologia, Hematologia (HEMORIO), Infectologia São Sebastião, Dermatologia Sanitária.

⁴⁴ Hospital Geral Duque de Caxias, Alberto Torres, em São Gonçalo; Azevedo Lima e Ary Parreiras, em Niterói; Prefeito João Batista Caffaro e Tavares Macedo, em Itaboraí; Barra de São João, em Casimiro de Abreu; Regional de Araruama, em Araruama e Teixeira Brandão, no Carmo.

Essa rede não se integra aos municípios, não estabelece nenhum mecanismo de referência e contra-referência e não entra na programação dos municípios. Não há relação organizacional e política com eles. No Município do Rio de Janeiro, os hospitais do estado não são subordinados às coordenações de área programática (AP) do município. Algumas direções participam das reuniões das APs, contudo, não existe responsabilidade formal, dada pela administração central, para essa participação.

Os hospitais da rede do estado não possuem autonomia para sua gerência. Todos os processos inerentes à administração (pessoal, material, investimento, manutenção etc.) são centralizados. O papel do diretor é limitado às solicitações de suas necessidades. Essas solicitações são analisadas pelo nível central, a fim de compatibilizar as reais necessidades com os recursos existentes. Portanto, a direção tem respostas limitadas, do ponto de vista gerencial.

Se gerenciar uma rede de hospitais descentralizados, com hierarquia de poder e delegação de atribuições gerenciais, faz com que o nível central de uma Secretaria de Estado necessite de estrutura administrativa e política para dar respostas que a assistência hospitalar demanda, o fato de o Estado do Rio de Janeiro centralizar todos os processos aumenta o grau, a complexidade e a tecnologia para a estrutura política e técnica da secretaria estadual.

A municipalização dos hospitais gerais para o Município do Rio de Janeiro e para os demais esbarra no equacionamento dos acordos formais de repasse de recursos, para que sejam seguros, regulares e prontos. Todos são hospitais gerais de grande porte, alta complexidade, alto custo, e possuem emergência para grandes traumas⁴⁵. Essas características fazem com que os governos dos municípios necessitem de garantias de recursos para manutenção e investimentos necessários às ações de assistência.

⁴⁵ São hospitais com perfil de pronto-socorro, historicamente, de conhecimento da população.

Procurando dar outro rumo gerencial à secretaria e, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade da prestação de assistência dos hospitais de sua rede, o governo do estado delegou, em 1997, para a iniciativa privada, a gerência dos hospitais gerais, dentro do programa denominado HELP – Programa de Hospitais em Locais Populares⁴⁶. Esse programa se insere nas ações do governo, mais abrangente, de privatização, no contexto do enxugamento da máquina administrativa do Estado, na busca do Estado mínimo, eficiente e regulador do sistema (MACHADO, 2001).

No entanto, o programa sofre forte oposição das entidades de classe dos profissionais de saúde, parcela significativa de profissionais, políticos e técnicos, com dois argumentos: o primeiro, com viés ideológico, quando terceirização tem o significado de privatização. O outro argumento refletia a suspeita de que a Secretaria de Saúde tivesse limitações para exercer função reguladora, tornando-se incapaz de acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas pela secretaria para cada hospital, contribuindo, assim, para a ocorrência de seleção de clientela.

Concomitantemente ao processo de privatização, o estado inicia a construção de 6 hospitais gerais. Três na região metropolitana – São Gonçalo, Nilópolis (ainda em construção), Duque de Caxias – e em Casemiro de Abreu, Itaboraí e Araruama. Tal como no Município do Rio de Janeiro e Niterói são hospitais com perspectivas futuras de municipalização.

Dentro da mesma agenda política de fortalecer a rede hospitalar, o estado assume o Hospital da Posse de Nova Iguaçu, em co-gestão com o município de Nova Iguaçu e o Governo federal. Esse hospital, desde sua fundação, não conseguiu manutenção de quadro efetivo de funcionários médicos, com alta rotatividade de profissionais.

A construção dos hospitais em pleno processo de privatização da rede de hospitais gerais do Município do Rio de Janeiro e a divisão de responsabilidades com os governos federal e municipal, na gestão do Hospital Geral da Posse, significaram aparente contradição com relação à agenda política adotada pelo estado.

Em momento seguinte, o novo governo, eleito em 1998, assume em franca oposição política na área da saúde a gerência da rede e a terceirização dos hospitais gerais. Em um dos seus primeiros atos, em 1999, retoma a direção desses hospitais, terminando, assim, o programa de privatização. Os profissionais de saúde desses hospitais que possuíam vínculo precário, sob o formato de cooperativados, são contratados, também de forma precária, como prestadores de serviços até a feitura de concurso público, em 2001.

Como incentivo financeiro e manutenção dos profissionais de nível superior na rede, se institui uma gratificação, como forma de reajuste salarial dos servidores estatutários, para que pudessem perceber o montante de R\$ 1 500,00, com promessa de incorporação aos seus vencimentos após a confecção do Plano de Cargos, Carreira e Salários.

Como se vê, a preocupação com a gerência da rede esteve sempre presente, mesmo quando sua administração foi delegada para a iniciativa privada. Foram feitos vários investimentos no campo da renovação tecnológica de alguns hospitais gerais⁴⁷ e especializados, reformas de infra-estrutura, através de projetos realizados com recursos próprios e do REFORSUS. A qualidade da prestação da assistência foi outro foco de investimento, realizado através de

⁴⁶ Esse programa fazia parte do Plano de Desestatização do Estado do Rio de Janeiro, coordenado pelo Secretário Estadual de Fazenda, Marco Aurélio Alencar.

⁴⁷ Hospital Getúlio Vargas, Carlos Chagas, Pedro II, Rocha Faria, e Santa Maria.

contrato para avaliação dos processos de melhoria da qualidade, pela metodologia da Acreditação Hospitalar⁴⁸.

A manutenção do papel gerente da rede de assistência da SES continua tendo grande apelo político, principalmente nos hospitais gerais, uma vez que atendem, além dos municípios da capital, a uma parcela significativa da população da região metropolitana, região definidora de eleição para governador, deputados e senadores. Além disso, tem uma objetividade técnica e garantia de repasse dos recursos, através de remuneração por internação hospitalar e pelos procedimentos de alto custo e alta complexidade.

Portanto, a gerência da rede torna-se o foco de tensão mais importante na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e cria impasses para as decisões políticas, nas definições das prioridades e ações necessárias para enfrentá-las. A sensibilidade da sociedade, da mídia e dos políticos para as demandas da assistência determina o direcionamento das ações, cujos resultados são mais palpáveis e, objetivamente, os recursos são, em tese, alocados com maior clareza para a população.

Contudo, o exercício pleno do comando na saúde do estado, a partir dos anos 90, independentemente da opção política de priorização da rede ou da gestão de sistema, está diretamente ligado às novas atribuições dos estados e municípios, em seu novo papel no campo federativo e, portanto, no campo das competências de cada instância de governo.

Ser gerente de rede ou gestor de sistema, embora seja desafio da equação política da saúde – e, portanto, gerando dilemas, dependendo da agenda adotada pelo governo nesse campo – é uma contingência conjuntural em um sistema de saúde em construção. Assim, o estado tem que estar preparado para assumir essas duas funções, que aparentemente são contraditórias.

⁴⁸ Os hospitais que passaram pelo processo de avaliação com vistas à Acreditação Hospitalar futura foram:

No caso do Rio de Janeiro, isso nunca ficou muito claro. Houve, ao longo dos últimos 20 anos, ações pontuais para organização da rede e montagem de sistemas de saúde regionais como, por exemplo, o Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB). A maioria dos governos optou por uma postura mais conservadora, voltada para a saúde coletiva, tradição cultural da Secretaria do antigo Estado do Rio de Janeiro, deixando a rede em segundo plano, contribuindo para o seu sucateamento (PARADA, 1997).

Gerenciar um sistema de saúde significa assumir as atribuições próprias de estado federado no campo da saúde, onde estão implícitas ações de prestador de serviços nos campos de atuação em que o município não está organizado e preparado, Logo, são uma falsa questão as discussões sobre as atribuições de gerência de rede no Estado do Rio de Janeiro.

O Estado do Rio de Janeiro tem a maior rede de hospitais públicos próprios localizados em um único município (o do Rio de Janeiro), tornando mais complexa a agenda de municipalização dessas unidades. Preparar o estado e ao mesmo tempo assessorar os municípios para assumir uma nova maneira de lidar com a saúde exige tempo e “inteligência”⁴⁹, a fim de que possam ser habilitados em “plena de sistema”⁵⁰ e para que, de fato, o comando único municipal e estadual possa ser exercido em sua plenitude.

O cronômetro da adequação das instâncias governamentais para seu novo papel no campo da saúde não se deu de forma homogênea e as encontrou em diversos estágios de organização. A disputa por espaços e garantia de autonomia realizada pelos governadores desde a primeira eleição livre – como também os municípios, desde o movimento municipalista, em momento pré-

Instituto de Hematologia, Instituto de Infectologia São Sebastião e Instituto de Endocrinologia e Diabetes.

⁴⁹ Inteligência aqui colocada como a capacidade técnica e política de seus quadros profissionais de nível central, intermediário e de direção para formular políticas e estabelecer agendas.

⁵⁰ O termo "plena de sistema" está sendo utilizado para qualificar municípios e estados que tenham condições plenas de autonomia política técnica e de recursos para gerenciar sua rede.

constituente – não produziu os ingredientes necessários para o equacionamento da questão.

Há uma defasagem entre o início da preparação/adequação das instâncias governamentais para os novos papéis. O município saiu na frente, favorecido pela municipalização radical e pela pouca clareza do papel do estado, sob a égide das NOBs 91 e 93. No Rio de Janeiro, o estado não tinha corpo técnico e muito menos uma agenda política construída para as mudanças⁵¹.

Esse fato produziu alguns descompassos nas habilitações: alguns municípios tinham a plena de sistema, enquanto o estado não atingiu todos os pré-requisitos para sê-lo e, com isso, embora sem nenhuma evidência formal, foram criadas dificuldades, como na captação de recursos para investimentos no estado. O Estado do Rio de Janeiro não fugiu à regra: ele não é pleno de sistema⁵², ao passo que alguns municípios⁵³ o são.

Segundo Gilson Cantarino⁵⁴, esse fato não teve nenhuma repercussão, uma vez que o estado teve uma atuação de suporte técnico para as habilitações, bem como para os consórcios. Nesses sete anos, o estado atuou no sentido de se preparar tecnicamente para gestão de sistema, através da feitura de câmara técnica e no aperfeiçoamento do eixo regulador e coordenador do sistema, por parte da secretaria.

O Município do Rio de Janeiro, com maior capacidade de organização política, técnica e tecnológica, somado ao fato de ser ex-estado e atual capital,

⁵¹ Entrevista com Gilson Cantarino O'Dwyer.

⁵² Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer, Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, entre 1999 a 2002, diz que o estado estava em plenas condições de assumir a plena de sistema da NOB 96, entretanto foi "atropelado" com a edição da NOAS, preferindo aguardar outro momento, com o desenvolvimento e consolidação da NOAS.

⁵³ O Estado do Rio de Janeiro possui 76% dos municípios em gestão plena de atenção básica e 24% em gestão plena de sistema, segundo o *Relatório de Gestão*, 2002. Os municípios em plena de sistema são: Angra dos Reis, Barra Mansa, Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Itaguaí, Itaperuna, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Paracambi, Rezende, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Sumidouro, Vota Redonda e Teresópolis.

está, e sempre esteve, em melhores condições do que o estado de assumir o papel de comando único e ser gestor pleno de sistema. Outros municípios, embora sem o mesmo potencial político, técnico e tecnológico do município-capital, habilitaram-se na frente do estado, tais como Niterói, Angra dos Reis, Volta Redonda e Rezende.

Esses municípios possuem estágio avançado de organização técnica e política de seus quadros e foram liderança dentro do movimento municipalista da saúde no estado. Todos tiveram seus Secretários Municipais de Saúde exercendo o cargo de direção no COSEMS e o Secretário de Saúde de Niterói⁵⁵ assumiu a Presidência do CONASEMS.

São municípios cujas Secretarias de Saúde tiveram continuidade política em mandatos sucessivos. O Município do Rio de Janeiro manteve no cargo, durante 10 anos, o mesmo secretário de saúde, Dr. Ronaldo Gazola. Nos outros municípios citados, houve troca de secretário, entretanto, mantiveram a mesma agenda política e, portanto, permaneceram na mesma diretriz organizacional e administrativa. Entretanto, no estado, houve descontinuidade política nas trocas de governo e de seus respectivos secretários, até 1994.

Esses fatos não se deram de uma forma linear. O Município do Rio de Janeiro, por exemplo, tinha todas as pré-condições para gestão plena de sistema, mas somente foi habilitado no final de 1998, por divergências técnicas e políticas com a direção e a equipe técnica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

3.3. Financiamento

O processo organizativo dos municípios e do estado guarda íntima relação com a política e com o financiamento, como instrumento dessa política, tendo

⁵⁴ Em entrevista.

como elemento determinante as fontes de recursos que as instâncias governamentais possuem.

O financiamento dos estados e dos municípios no setor saúde se compõe de três fontes de recursos distintas. A fonte federal, que pode ser subdividida em três linhas de financiamento:

- a primeira, e mais importante, habilita estados e municípios para um determinado padrão de comportamento, através de normas e portarias emanadas pelo Ministério da Saúde;
- a outra fonte, também do Ministério da Saúde, são convênios, através de programas verticais para patologias específicas;
- a terceira fonte federal está ligada a investimentos do REFORSUS que estados e municípios captam a partir de projetos específicos.

A fonte estadual é aquela cuja origem é o tesouro do estado, através de seus recursos fiscais. A última fonte destina-se a projetos específicos que não se enquadram nos formatos exigidos pelo Governo federal e ultrapassam a disponibilidade estadual. Nesse caso, o secretário e os responsáveis pelo projeto vão captar outras formas de aporte de recursos.

Os municípios têm as mesmas fontes federais utilizadas pelos estados, recursos do tesouro municipal, dos projetos específicos voltados para a sua realidade e da agenda política local. Quando o estado possui decisão política e recursos orçamentários para investimento e/ou projetos municipais, torna-se outra fonte de recursos para o poder público local.

Essas fontes possuem especificidades na destinação de seus gastos. A maioria dos estados e municípios gasta seus recursos de origem fiscal próprios em despesas com pessoal. Raramente há saldo disponível para que possa ser utilizado em investimento e custeio do setor.

⁵⁵ Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer, quando Secretário de Saúde do Município de Niterói.

Os recursos de convênios e de projetos com o Governo federal e, portanto, com recursos de arrecadação federal, têm sua alocação vinculada, seguindo critérios de utilização e prestação de contas de seu uso bastante rígidos, o que impede que sejam utilizados e remanejados para outras finalidades. São voltados para diminuir a morbi-mortalidade de patologias com agravos importantes na saúde da população. São recursos pequenos, mas que, somados, ajudam estados e municípios a adotarem uma linha nacional de procedimentos e protocolos de tratamento e acompanhamento⁵⁶.

Os recursos advindos dessa modalidade de financiamento, segundo Gilson Cantarino O' Dwyer “*são fragmentados, muito verticalizados e têm uma tendência de repetição na esfera estadual e municipal*”. A relação entre as instâncias governamentais se estabelece de forma direta entre técnicos dos programas designados pelas três instâncias de governo, onde, neste caso, há uma clara subordinação hierárquica do federal para o estadual e municipal. Nesse sentido, é um financiamento que foge ao padrão crescente de autonomia das instâncias federadas de governo e adota um rosto, que é a redução nacional de agravos considerados prioritários, na ótica da criação de padrões nacionais de saúde.

O outro financiamento é mais específico para o investimento, recuperação, ampliação e criação de novos serviços e/ou novas unidades assistenciais. Há uma série de pré-requisitos normativos e de exigências para confecção desses convênios. No Estado do Rio de Janeiro foram feitos vários projetos. No entanto, as dificuldades na administração do estado impediram sua execução.

⁵⁶ Entrevista com Gilson Cantarino O' Dwyer

A principal fonte de financiamento para a saúde e assistência é a federal. Criada no início da década de 90⁵⁷, no formato de Norma Operacional Básica, vem sendo utilizada com três finalidades: a primeira é compor o orçamento global para a saúde nos estados e municípios. Situa-se na matriz das necessidades das instâncias governamentais com escassez de recursos próprios para o setor.

A segunda finalidade se situa no âmbito da estratégia federal para induzir estados e municípios a exercer o papel que lhes cabe pós-1988, mais propriamente, a partir da NOB 93, quando essas instâncias de governo são habilitadas em alguma qualificação de condições de gestão. Essas condições lhes dão recursos e também outras atribuições que, até bem pouco tempo, estavam sob a responsabilidade do ex-INAMPS, tais como a relação e a remuneração do setor privado conveniado ao SUS.

A terceira finalidade caminha paralelamente à segunda. Ela induz estados e municípios a mudanças no modelo assistencial adotado, procurando caminhar cada vez mais para uma visão menos hospitalocêntrica, em direção a ações de promoção de saúde. São passos dados lento e gradualmente para a superação do modelo anterior, quando prevenção e cura ou cuidado andavam em separado.

Essa fonte federal foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, após amplo debate envolvendo técnicos e políticos representantes das partes interessadas: o Ministério da Saúde; o representante dos estados (CONASS); o representante dos municípios (CONASEMS) e demais membros do CNS. Após debates, discussões e pactuações dos interesses envolvidos, o instrumento que orienta o financiamento, a Norma Operacional Básica, é aprovado por consenso.

⁵⁷ Nas décadas anteriores, o financiamento federal tinha outro formato. Nas AIS e no SUDS da década de 80, o financiamento era feito com recursos da Previdência Social, através do teto orçamentário e do pagamento por produção dos serviços.

A conjuntura vigente determina o estágio e as etapas necessárias ao desenvolvimento do modelo que se quer adotar. São decisões que representam o que é possível decidir sob a forma de consenso. A história dessa fonte de recursos pode ser contada através da história do desenvolvimento das edições das diversas NOBs nos anos 90 que, efetivamente, representa o resultado dos embates políticos ocorridos, entre interesses de maior aporte financeiro entre as três esferas de governo (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Essa modalidade de financiamento vem sendo discutida por vários autores, quanto à possibilidade de indução. A experiência do Estado do Rio de Janeiro mostra que os Secretários de Saúde e outros dirigentes entendem a existência do caráter indutor, mas identificam limitações para ações que não estejam na órbita da assistência.

O papel indutor para mudança do modelo assistencial vigente, por exemplo, tem um viés limitador, quando é adotada uma agenda política que não se enquadra nas diretrizes e prioridades federais. Se o estado e/ou município quiser elaborar e implementar suas próprias políticas, tem que investir com recursos próprios. Esse fato só é minimizado com a programação e pactuação integrada se estiver no âmbito da assistência⁵⁸.

Apesar de o resultado representar decisão de consenso nacional, sua aplicabilidade é de difícil execução. São normas rígidas e os municípios e estados têm que se adaptar às especificidades regionais. O Estado do Rio de Janeiro apresenta críticas à maneira como é conduzida, à forma indutora, às limitações que são impostas.

Os secretários desse período entendem que essa forma de financiamento são normas nacionais. No entanto, sua aplicabilidade se torna difícil, dadas as características locais e regionais. O Programa de Saúde da Família é um

⁵⁸ Entrevista com Anamaria Schneider e Rosângela Belo.

exemplo, segundo Rosângela Belo, ex-Secretária de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1997 a 1998): *“houve dificuldades por parte Ministério em compreender que o programa, tal como estava colocado, na sua versão original, era de difícil aplicabilidade em grandes centros urbanos⁵⁹, como é o caso da Região Metropolitana do Rio de Janeiro”*.

As normas têm a peculiaridade de levar o município a assumir o campo da saúde, através de aporte de recursos. Entretanto, segundo Anamaria Schneider, do COSEMS do Rio de Janeiro, essa indução tem como pressuposto a política definida pelo Governo federal. *“Se for PSF, se for PAB, essas coisas, existe uma linha de financiamento dentro dos incentivos que o Ministério tem, mas se não for por aí, eu tenho que me virar para buscar esses recursos”*, diz ela.

“Há uma grande dificuldade dos municípios e do próprio estado em se adaptar àquelas portarias, de cumprir todas aquelas formalidades. O estado e os municípios têm recursos, mas não têm projeto; 99% das grandes idéias não se transformaram em projetos e, quando conseguem, 60 % morrem na execução ou no enquadramento de alguma portaria do Ministério da Saúde⁶⁰”, afirma Rosângela Belo.

Contudo, há o reconhecimento dos avanços e das adaptações progressivas nesta modalidade de financiamento, com destaque para a alocação de recursos fundo a fundo, em substituição à remuneração por produção de serviços, associada à necessidade de estados e municípios se adequarem às condições de habilitação, de acordo com sua capacidade de responder às demandas parciais ou totais da gerência do sistema.

⁵⁹ “No Rio de Janeiro agente de saúde andar de bicicleta vai ser atropelado ou terá a bicicleta roubada”, diz Rosângela Belo.

⁶⁰ Esse fato mostra a necessidade de apoio técnico aos municípios e ao estado, e Rosângela Belo caracteriza como “a necessidade de criar inteligência nessas instâncias para que possam, de fato, ter políticas autônomas”.

O financiamento, e a habilitação dela conseqüente, têm a propriedade de dar autonomia necessária para que estados e municípios, gradativamente, construam seus sistemas e vençam etapas políticas e técnicas, com graus crescentes de competência técnica e tecnológica.

Assim, o estado se enquadra em duas modalidades: aquela que o faz gestor de sistema, como regulador e formulador de políticas, no âmbito do estado; assessor técnico, para que municípios se capacitem em outra modalidade de habilitação; acompanhamento de sua execução; e, naquela onde assume o papel de gerente de sua rede própria⁶¹.

Quanto ao financiamento com recursos fiscais do estado, as dificuldades aumentam na medida em que, hoje, essas instâncias governamentais vêm enfrentando limitações no campo fiscal, no campo da repartição de recursos e no campo do equacionamento da dívida com o Governo federal.

Essas limitações, no entanto, não impediram o Estado do Rio de Janeiro de investir nos dois campos de atuação de suas principais atribuições. Como gerente de rede, como já dito, construiu hospitais gerais em áreas carentes de recursos, assumiu o Hospital da Posse de Nova Iguaçu, em co-gestão com o Governo federal e a Prefeitura Municipal de Nova Iguaçu, e fez uma série de obras de recuperação, manutenção e ampliação de seus hospitais e institutos. Ampliou oferta de leitos nos hospitais; iniciou projeto de humanização da porta de entrada, com objetivo de oferecer atendimento mais humanizado à clientela dos Hospitais Estaduais Pedro II, Getúlio Vargas e Carlos Chagas; implementou o Programa de Atendimento Domiciliar para os pacientes do Hospital Estadual Pedro II e Getúlio Vargas.

Enquanto gestor de sistema, investiu em várias frentes de atuação, tanto nas atividades do aperfeiçoamento das relações federativas da saúde, como nas

ações capitaneadas pelo estado para melhorar a prestação de assistência à saúde da população. Do ponto de vista das ações voltadas para a melhoria da prestação da assistência, desenvolveu projeto para implantação do sistema de assistência hospitalar de gestação de alto risco; assistência farmacêutica para medicamentos excepcionais; expansão e interiorização da rede hematológica e hemoterápica; controle das doenças hematológicas hereditariamente transmissíveis, vigilância sanitária; projeto de estruturação do sistema de vigilância de saúde (VIGISUS) e outros.

Contudo, a política econômica do país, como já descrito, tem produzido graus crescentes de limitações e autonomia nos gastos dos estados, com repercussões nas setoriais. A repercussão mais direta se dá com a edição da Lei de Responsabilidade Fiscal⁶². Ela introduziu exigências de prestações de conta dos poderes públicos, em que o chefe do Poder Executivo (governador e prefeito) tem responsabilidade na elaboração dos relatórios da execução orçamentária de todo o Executivo.

Esse fato fez com que as instâncias de governo aperfeiçoassem seus órgãos de controle interno, e com que o relativo grau de autonomia das Secretarias de Saúde, na gestão dos seus recursos, fosse reduzido. Assim, a relativa autonomia do uso dos recursos dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde está, hoje, em xeque.

Na medida em que a lei fiscal transfere a responsabilidade toda para o Prefeito – inclusive onde ele não é gestor financeiro, como é o caso da Saúde –, há necessidade de acompanhamento de um órgão de controle. Por isso, essa lei está levando a uma estrutura extremamente centralizada.

⁶¹ O estado se responsabiliza por redes de hospitais de referência estadual e dos hospitais gerais ainda impedidos de se tornar municipais.

⁶² Lei Complementar n. 101, de 04/2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para responsabilidade na gestão fiscal

Em alguns municípios, a gestão do Fundo Municipal de Saúde passou a ser realizada pela Secretaria de Fazenda e/ou outro órgão de controle. Em Niterói, por exemplo, a Fundação Municipal de Saúde administrava os recursos com autonomia⁶³. Com o advento da Lei n. 101/2000, a liberação do empenho da fundação tem que passar pelo controle do Secretário de Planejamento⁶⁴.

Assim, a administração pode ser do SUS, mas quanto ao controle e a liberação dos recursos, a tendência está sendo passar para a Secretaria de Fazenda e/ou Controle. Para os gestores da Saúde, que buscavam ampliar a autonomia setorial, esse fato representa um retrocesso, que necessita de outro convívio político e técnico de gestão interna.

3.4. Construção de Sistema

Do ponto de vista da construção de sistema e das relações federativas, o estado aperfeiçoou sua equipe técnica de assessoramento aos municípios, dentro do processo de organização dos fluxos intermunicipais e da regionalização das ações. Nesse sentido, foram criadas e desenvolvidas seis estratégias (*Relatório de Gestão 2002*):

- programação dos recursos financeiros referentes à assistência para todos os municípios do estado, de forma negociada, transparente e equânime;
- estímulo às negociações entre gestores, através da Programação Pactuada Integrada⁶⁵;
- apoio à formação dos consórcios intermunicipais^{66 67};

⁶³ Os recursos do Tesouro municipal entravam na conta da fundação e eram por ela geridos.

⁶⁴ Entrevista com Gilson Cantarino.

⁶⁵ A PPI no estado possui reformulações mensais, incorporando o processo de referência e contra-referência.

⁶⁶ Consórcios do Médio Paraíba, Centro-Sul, Noroeste Fluminense, Hemolagos e Baixada Fluminense.

⁶⁷ O Consórcio Especial de Saúde da Baixada foi criado com recursos federais, sem a participação inicial do estado.

- apoio à consolidação dos fóruns regionais permanentes de negociação;
- criação e consolidação das centrais de regulação⁶⁸;
- rede estadual de informações em saúde.

A política de regionalização da SES–RJ se inicia em 2000, num processo que tem como eixo orientador a melhoria do acesso da população aos serviços de média e alta complexidade, a reorganização do modelo de assistência e de atenção básica e apoio às instâncias regionais de gestão estratégica.

Segundo o *Relatório de Gestão*, a regionalização foi pactuada pela Comissão Intergestora Bipartite – CIB. Nela foi compatibilizado o redesenho de algumas regiões por demanda dos próprios gestores municipais. Entre junho e julho de 2001, foram realizadas oficinas regionais, com participação de gestores e técnicos municipais, técnicos da SES e representações regionais do Conselho Estadual de Saúde, no exercício da confecção do Plano Diretor de Regionalização.

O lançamento da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, em 2001, obrigou a SES rever e adequar o seu processo de regionalização, e, assim, a necessidade de revisão das habilitações municipais e pela definição mais clara do papel do estado como condutor da política de regionalização, segundo Gilson Cantarino.

Confecção de sistema é o terceiro foco de tensão, em Estado federado com três instâncias de governo. A Constituição Federal e a Lei Orgânica determinam que o Sistema de Saúde seja único, por nível de governo e que tenha sempre presente os princípios da universalização do acesso, da

⁶⁸ O estado possui nove centrais de regulação, interconectadas via internet, nas regiões: Serrana (pólo Teresópolis), Norte Fluminense (pólo Campos), Noroeste Fluminense (pólo Itaperuna), Médio Paraíba (pólo Volta Redonda), região Metropolitana I (pólo Nova Iguaçu), e o pólo estadual com Central para UTI Neonatal, Baixada Litorânea (pólo Cabo Frio), Centro Sul (pólo Três Rios), Metropolitana II (pólo Niterói).

integralidade da assistência, da igualdade na assistência a saúde, da participação da comunidade e da descentralização política e administrativa com direção única em cada esfera de governo.

A construção do sistema está na essência da convivência entre as partes federadas e, nesse sentido, guarda relação com o financiamento, como também com as novas atribuições de estados e municípios na saúde e com a atuação e o papel das Comissões Intergestoras Bipartite – CIB e dos Conselhos Estaduais/Municipais de Saúde – CES/CMS.

Comissão e Conselho foram construídos como instrumentos de resolução de conflitos de interesses políticos institucionais e da sociedade: a CIB como instrumento de pactuação entre gestores, e os Conselhos como instância decisória das políticas municipais e estaduais no campo da saúde.

Esses instrumentos têm caminhado na direção do aperfeiçoamento das relações, conflitos e tensões próprios da disputa de recursos, como no encontro dos interesses técnicos, tecnológicos, políticos e administrativos inerentes às relações de governança de um sistema formado por partes necessariamente heterogêneas.

Nesse sentido, os dois fóruns de convergência de conflitos e interesses (CIB e CES) apresentam etapas diferentes de maturação e guardam relação com a sua composição e a capacidade técnica de seus membros.

A CIB é composta de representantes institucionais que têm uma atuação mais direcionada para a programação, o técnico/científico, como embasamento para atuação política e equação dos interesses envolvidos. Assim, constroem-se câmaras técnicas de discussões de temas, em geral críticos, para confecção e aperfeiçoamento do sistema, que favoreçam a execução conjunta de mudanças

do modelo assistencial e das formas maduras de relação entre as instâncias de governo.

Os conselhos têm sua composição marcada pela participação da sociedade civil. Os interesses e o entendimento das necessidades de saúde nem sempre são iguais ao da CIB⁶⁹, reflexo do descompasso entre o conhecimento técnico/acadêmico/científico do SUS pelos seus técnicos e políticos militantes na saúde e o da sociedade civil, dos parlamentares e da mídia, como já relatado.

Autores vêm discutindo o papel das CIBs como instrumentos de cooperação e competição (NASCIMENTO, 2001). No Rio de Janeiro, a experiência tem mostrado, segundo ex-dirigentes da SES, que a CIB-RJ, dentro das várias etapas de sua construção (LIMA, 2001), é essencialmente um fórum de pactuação e tem contribuído para os debates e decisões técnicas sobre diversos temas pertinentes.

Outro fórum importante na tarefa de construção do sistema é o Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Instância de representação dos interesses dos municípios junto à esfera estadual e na esfera federal, representado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais, participa, respectivamente, da CIB e da CIT.

No Rio de Janeiro, o COSEMS tem uma representação mais voltada para os interesses dos municípios do antigo Estado do Rio de Janeiro. A participação da Saúde do Município do Rio de Janeiro nas reuniões do conselho é muito limitada. O Município do Rio de Janeiro tem participação ativa na CIB, mas não participa das reuniões do COSEMS⁷⁰.

⁶⁹ Há relatos de discussões, consideradas não apropriadas como temas de reunião dos conselhos, tais como: "o fulano da comunidade que não foi atendido"; "Tal hospital ou médico do hospital não internou e/ou não tratou bem um membro da comunidade". "As discussões ainda ficam restritas à assistência, e mais propriamente ao atendimento do cidadão " (entrevistas).

⁷⁰ Entrevista com Gilson Cantarino O' Dwyer e Anamaria Schneider.

A ausência do Município do Rio de Janeiro nas reuniões desse fórum é interpretada sob dois aspectos. No primeiro, as razões históricas e autonomia técnica, tecnológica e capacidade instalada plena⁷¹, induzem a uma auto-suficiência que contribui para manter o mesmo padrão de comportamento herdado do Estado da Guanabara: uma atuação própria.

No segundo aspecto, interpreta-se de forma favorável. A não-participação do Município do Rio de Janeiro ajuda a organização da defesa de interesses comuns dos municípios menores e dependentes de política, técnica e tecnologia. A presença da capital no conselho possibilita, numa tendência natural, o domínio dos seus interesses, em razão do seu forte potencial político e técnico, e do contingente populacional que representa. Pode comprometer os desejos e a força política dos municípios menores.

Os Consórcios Intermunicipais também são fóruns de organização de sistemas regionais ou microrregionais. No Rio de Janeiro vem-se constituindo como instrumento de resolução de problemas pontuais, ainda sem ser, de fato, um sistema regional.

Especial atenção, para efeito desta tese, é dada ao Consórcio Especial de Saúde da Baixada. É uma organização que, além de discutir e encaminhar ações visando à melhoria da prestação da assistência da região – como, por exemplo, a criação de uma central de internação para a região – procura estabelecer-se como um fórum de representação dos interesses dos municípios da Baixada junto ao Município do Rio de Janeiro.

Segundo Rosângela Belo, presidente do Consórcio, a união desses municípios em uma única representação, fortalece a representação da região com aproximadamente 6 milhões de habitantes, para discutir com o Município do Rio de Janeiro as questões de interesse mútuo, uma vez que os municípios da

⁷¹ A partir do momento em que os hospitais gerais estaduais e federais (Servidores e Bonsucesso) passam

Baixada são dependentes do município-capital, nos procedimentos de média e alta complexidades e nas interações de todos os tipos. Negociar com o Município do Rio de Janeiro, isoladamente, torna-se uma negociação extremamente desigual, diz Rosângela.

3.5. Modelo Assistencial

Outra dimensão que envolve a governabilidade se refere ao papel que se espera do setor para dar as respostas necessárias à construção de uma sociedade saudável, dentro dos ingredientes necessários, em ordem de grandeza: prolongar a vida, reduzir incapacidades, minorar o sofrimento, evitar a doença e melhorar a qualidade de vida.

O estágio do conhecimento científico dos técnicos, a organização social e política da sociedade, o grau de informação fornecido a essa sociedade, a tecnologia e os equipamentos de assistência à saúde existentes informam as prioridades que as autoridades deverão implementar para resolver as questões inerentes ao momento e, ao mesmo tempo, preparar-se para o próximo estágio.

Esse estágio pode ser medido através de indicadores existentes nos campos de conhecimento da epidemiologia, da demografia, da administração, do planejamento e científico e tecnológico, que envolvem essas áreas do saber. Eles indicam os problemas a serem enfrentados e as prioridades na utilização das tecnologias e dos recursos.

Assim, duas dimensões devem ser enfrentadas. A primeira será identificar em que estágio nos encontramos do ponto de vista da sociedade, da tecnologia e incorporação tecnológica envolvida para superar as necessidades decorrentes.

para a gerência do Município do Rio de Janeiro, essa autonomia se amplia.

A segunda dimensão é como responder a essas questões, do ponto de vista da organização dos poderes públicos existentes.

Os diagnósticos encontrados situarão as atividades, divididas em duas linhas de atuação: aquelas cujo papel é inerente e específico do setor, cujas ações são próprias da área de saúde (Secretarias Estaduais e Municipais) e aquelas cujas ações envolvem mais de um setor.

Portanto, prolongar a vida, reduzir incapacidade, minorar o sofrimento e evitar as doenças são atividades inerentes ao setor saúde, ainda que possa haver atividades compartilhadas com outro setor, como a educação, por exemplo. Evitar a doença⁷² e melhorar a qualidade de vida são aquelas que envolvem necessariamente mais de um setor de atividade das políticas sociais, tais como meio ambiente, trabalho, segurança, habitação etc.

O Rio de Janeiro apresenta as cinco dimensões do campo da saúde em estágios diferenciados e por vezes díspares de município para município, e intramunicípio. Embora todos os municípios devam ter como meta a melhoria da qualidade de vida da população, existem alguns cuja carência impele os governantes a priorizar ações mais restritas ao campo específico da saúde e, dentro deste, voltado para a assistência.

O estado e sua Secretaria de Saúde devem adequar modos de governabilidade para enfrentar e assessorar os municípios na superação de diferentes estágios de desenvolvimento. Algumas atividades deverão ser compartilhadas com o Governo federal. Serão aquelas ações inerentes às instâncias estadual e federal visando à superação das desigualdades regionais.

⁷² É a atividade que, embora possa ter a liderança da saúde para o seu melhor desempenho, para ser exercida com efetividade deve ter parceria com outros setores das políticas públicas.

Assim, os quatro focos de tensão abordados caminham na busca da construção federativa no campo da saúde e avançam, numa relação direta, ao estágio, à política, à história sociocultural e à maturidade da sociedade.

A prática da governabilidade e do pacto federativo na saúde construído evolutivamente desde a década de 80, acelerado na década de 90, tem seu início para dar as respostas necessárias às demandas provenientes da assistência, cujo eixo principal era prolongar a vida e reduzir as incapacidades.

O exercício da pactuação vem evoluindo, ainda restrito ao campo da saúde, com descentralização de recursos e atribuições através da roupagem, também evolutiva, das NOBs. A NOB 93, mais voltada para a qualificação da gestão; a NOB 96, preocupada com o modelo assistencial (territorialidade, PAB, habilitação por gestão básica e plena de sistema); e a NOAS, centrada no processo de regionalização e por um acesso mais universalizado da clientela.

A leitura que se faz, no momento, é que a organização da assistência, resguardados os atuais estágios de cada estado e/ou município da federação, avança para que promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida da população sejam a imagem-objetivo dos gestores e políticos, dentro do processo mais amplo do conceito de saúde.

Assim, a saúde deixa de ser uma atribuição estrita do Secretário de Saúde e passa a ser uma preocupação, de fato, do governo. Ainda que o Secretário de Saúde lidere as ações e pactuações gerenciais ao interior do governo, os processos para a melhoria da qualidade de vida e da promoção de saúde estarão compartilhados com outros campos do conhecimento e da política.

Essa realidade gera uma complexidade crescente política e técnica para confecção de ações concretas e necessita que as relações intergovernamentais

ultrapassem as fronteiras da saúde. A autonomia política e administrativa passa pelo reconhecimento de governo.

“A saúde tem uma distorção e uma auto-suficiência muito grande e isso se deve ao processo interno de discussões acumuladas desde o início da Reforma Sanitária. Os secretários têm uma tendência grande a resolver problemas à margem da política e de seus representantes (prefeitos e parlamentares)”⁷³.

No Estado do Rio de Janeiro existem diversas experiências sendo desenvolvidas nos municípios, desde a busca do equacionamento da assistência até a busca da melhoria da qualidade de vida. Entretanto, essa trajetória não é linear, porque alguns municípios caminham em direção à promoção da saúde, sem, no entanto, terem resolvido a hospitalização de seus munícipes. Assim informam as disparidades regionais na área da saúde existentes.

O Estado do Rio de Janeiro vem-se estruturando para vencer essas etapas. Entretanto, a necessidade de ser gestor de rede gera um conflito de rumo interno que, algumas vezes, cria obstáculos para o desenvolvimento harmônico das duas frentes de atuação existentes, hoje, na saúde desse estado.

A complexidade da mudança, a diversidade de realidades políticas, técnicas e organizacionais, associadas ao estágio do conhecimento médico, da assistência e também a diversidade de estágio de maturidade política e organização da sociedade, se apresentam como uma teia, onde a dificuldade para se estabelecer prioridades torna-se tarefa extremamente difícil.

O Estado do Rio de Janeiro, como já dito, com a peculiaridade de sua história, a presença importante e, por vezes imponente, do Município do Rio de

⁷³ Entrevista com Gilson Cantarino.

Janeiro, faz com que tanto as relações federativas, como a organização da saúde, com vistas à construção de um Sistema Único Estadual, necessitem de políticas diferenciadas regionais e, em vários estágios, razão pela qual se faz necessário o conhecimento da história de formação da saúde nesse estado, para melhor compreendê-lo.

4. A SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ORIGEM, ANTECEDENTES E FORMAÇÃO.

Este capítulo é dedicado a análise das origens, dos antecedentes e da formação do Sistema Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, cuja história, ao contrário dos outros estados da federação apresenta, como marco, a fusão de dois estados, em pleno regime militar, na década de 70, com repercussões em todos os campos das políticas sociais, e da saúde em particular. Sem essa compreensão, embora passados 27 anos de história, o entendimento dos fatos atuais e das perspectivas futuras poderão estar comprometidas.

4.1. A Organização dos Serviços de Saúde no Período Pré-Fusão (Anterior a 1975).

Desde 1960, quando da transferência da capital federal do Rio de Janeiro para Brasília, ocorreram embates entre forças favoráveis e desfavoráveis ao retorno do Distrito Federal para os limites territoriais⁷⁴ do Estado do Rio de Janeiro.

No primeiro momento, no ato de transferência da capital, prevaleceu a transformação do Distrito Federal em Estado da Guanabara. No entanto, em 1975, as forças favoráveis à tese da fusão, baseada em estudos técnicos desenvolvidos pelo Instituto de Desenvolvimento do Estado da Guanabara (IDEG), órgão de pesquisa mantido pela Federação das Indústrias do Estado da Guanabara (FIEGA), ganharam expressão suficiente para concretizar, junto ao Governo Federal e ao Congresso Nacional, essa velha aspiração.

É importante ressaltar que os argumentos técnicos tiveram a seu favor o momento político. A fusão criaria ambiente favorável para conter as forças de

⁷⁴Na Constituição de 1891, o município da Corte é elevado à condição de Distrito Federal e parece ser esse o momento que o Rio de Janeiro se separa da antiga província, agora Estado do Rio de Janeiro (BRASILEIRO, 1979).

oposição ao regime, hegemônicas no Estado da Guanabara (Município do Rio de Janeiro), abrindo caminho para as forças políticas ligadas à situação e, naquele período, dominantes no velho Estado do Rio de Janeiro.

A exposição de motivos que precedeu o encaminhamento da lei complementar n.º20 apresentou os seguintes argumentos para a fusão: “Consolidar um pólo de desenvolvimento poderoso no Rio de Janeiro, a ser obtido pela integração política e econômica dos dois estados. Viabilizar a região metropolitana pela eliminação da barreira político-institucional que separa o núcleo da região metropolitana, a cidade do Rio de Janeiro, dos demais municípios que a integram, todos eles situados no estado do Rio. Possibilitar maior equilíbrio federativo pela criação de um estado, política e economicamente, forte que dividirá com São Paulo a liderança no quadro nacional” (BRASILEIRO, 1979).

“A decisão da fusão foi facilitada pelas características e tendências do sistema político. A perda de importância do setor político tradicional e do próprio voto, a vitória do centralismo sobre o regionalismo, com o correlato estreitamento do conceito de autonomia estadual e municipal, a ênfase na eficiência governamental e no desenvolvimento econômico, presentes no regime que se implantou a partir de 1964, alteraram as relações de poder e favoreceram a decisão” (BRASILEIRO, 1979).

Esse fato marca nova etapa nas relações intergovernamentais, com conseqüências que ainda hoje estão presentes, pela junção de dois estados distintos, de origens distintas. O Estado da Guanabara, coincidindo com o Município do Rio de Janeiro, ex-Distrito Federal, e, portanto, ex-capital nacional desde a época do Império, caracterizava-se por ter economia forte, importante parque industrial, bem como setor de serviços expressivo para época. Do ponto de vista da dinâmica política, era um estado cuja população experimentou vários movimentos históricos, o que propiciou alto grau de consciência, diferenciado da

grande maioria dos estados brasileiros. O Estado da Guanabara era considerado a capital da cultura nacional, sendo palco dos grandes acontecimentos e eventos culturais, que marcaram a nossa história. Foi, também, celeiro das transformações dos costumes e porta de entrada para o intercâmbio internacional. Essa afirmação também pode ser estendida para o campo das ciências e dos esportes.

Além disso, possuía contingente populacional que o qualificava como segundo colégio eleitoral do país, razão pela qual o término desse estado constituiu-se numa das armas utilizadas pelo Governo Federal para tentar obstruir o avanço das forças contrárias ao regime militar.

Tais características propiciam importante potencial oposicionista ao Governo Federal, que foi traduzido formalmente na eleição de senadores, deputados federais e estaduais do único partido de oposição permitido, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Embora nomeado, o governador também pertencia à oposição.

O Estado do Rio de Janeiro, por outro lado, não tinha expressão política nacional, embora tivesse grande colégio eleitoral, dada a concentração populacional localizada na Baixada Fluminense⁷⁵, onde se concentram as cidades-dormitório dos trabalhadores que exerciam suas atividades no então Estado da Guanabara, constituindo-se no que é hoje, junto com o município da capital, na região metropolitana do Rio de Janeiro. Naquele momento, a expressão dessa população em votos era representada pela Aliança Renovadora Nacional (ARENA), partido da situação.

Esse estado possuía economia com predominância agropecuária e pouca expressão no que se refere ao parque industrial, com exceção da Companhia Siderúrgica Nacional, em Volta Redonda; Complexo Petroquímico da Refinaria

⁷⁵A Baixada Fluminense era composta pelos municípios de Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Nilópolis, São João de Meriti.

de Duque de Caxias e Fábrica Nacional de Motores, também em Duque de Caxias. Os municípios, em sua grande maioria pobres, eram bastante dependentes do estado e do Governo Federal. No campo da cultura, a proximidade com a capital federal, reduzia a produção para o consumo doméstico, muito próprio da época, quando os meios de comunicação eram bastante precários, portanto, com baixa potencialidade para ultrapassar fronteiras.

No caso da saúde terá que ser criada uma nova secretaria, a “secretaria da fusão”. Ela será resultado da Secretaria de Saúde de um estado politicamente fraco que absorve unidades hospitalares complexas do ex-Estado da Guanabara e, conseqüentemente, novas atribuições e novos desafios no campo da assistência.

4.1.1. A saúde como política pública no “velho” Estado do Rio de Janeiro

4.1.1.1 Capacidade instalada existente e modelo assistencial adotado

A capacidade instalada da Secretaria de Saúde (SES) era composta por centros e postos de saúde espalhados pelo interior do estado. Em cada município, havia um centro de saúde, localizado no distrito-sede. Os postos de saúde variavam em função do tamanho desses municípios e eram distribuídos entre os demais distritos das cidades. Esses centros e postos de saúde pertenciam ao estado, sem qualquer vinculação com o município. O equipamento hospitalar estava voltado para as especialidades vinculadas aos programas verticais (tuberculose, hanseníase, saúde mental e infantil) do Ministério da Saúde.

A assistência aos pacientes com doenças agudas ou crônicas fora do espectro da infectologia não era da responsabilidade da SES. Portanto, não possuía ambulatórios e/ou hospitais gerais. A rede hospitalar era assim composta: os hospitais de tisiologia eram o Ferreira Machado, em Campos,

Azevedo Lima e Ary Parreira, em Niterói; o de hanseníase, Tavares Macedo, em Itaboraí; os psiquiátricos Vargem Alegre, em Barra do Piraí, Jurujuba, em Niterói, e Carmo, no município de Carmo. O hospital Getúlio Vargas Filho era o único hospital pediátrico da SES. O atendimento voltado para a assistência curativa era realizado nos municípios através dos PAMs, da rede contratada e conveniada ao INPS, pelas entidades filantrópicas e Santas Casas de Misericórdia.

O corpo dirigente da SES era formado por técnicos de formação mais voltada para Saúde Pública, oriundos em sua grande maioria da Escola Nacional de Saúde Pública e da Fundação Rockefeller. Portanto, sem a preocupação em dar respostas para a demanda de assistência médica curativa individual e que, na conceituação de MENDES (1996), enquadrava-se no paradigma central verticalista derivado do modelo sanitário do sanitarismo campanhista.

Assim, essa peculiaridade confere ao estado um modelo de prestação de assistência hegemonicamente voltado para as ações consideradas de saúde pública e a execução das ações, atividades e procedimentos da SES estavam diretamente ligadas aos programas do Ministério da Saúde. A secretaria funcionava como operadora da política ditada pelo Governo Federal. A forma de financiamento adotada refletia esse comportamento. Os centros e postos de saúde desenvolviam consultas e procedimentos de cunho eminentemente preventivo.

A hospitalização seguia o modelo hegemônico. O equipamento hospitalar estava voltado para as ações ligadas aos programas. Os mecanismos de referência e contra-referência, ainda que precários, se faziam com a rede ambulatorial da própria secretaria, não existindo relação formal com a assistência hospitalar curativa, realizada por outras instâncias governamentais.

Como as ações de prestação de serviços de saúde das instâncias de governo não seguiam qualquer tipo de organização, hierarquização e/ou

subordinação, inclusive intra-governo (o Ministério Saúde possuía um modelo de atenção e a Previdência outro), o estado não se responsabilizava pelas ações curativas, ambulatoriais, de emergência e de internação.

4.1.1.2. A forma de organização dos serviços e o financiamento das ações de saúde

A distribuição das unidades ambulatoriais pelos municípios do estado forneceu infra-estrutura ambulatorial que atuou como facilitador para o processo de municipalização que vem ocorrer posteriormente.

Com a preocupação em disseminar as ações de saúde pelo interior do estado com alguma organicidade, de forma descentralizada e regionalizada, a SES dividiu o estado em cinco regiões, criando estrutura organizacional sob a forma de coordenadorias de saúde. Os critérios utilizados para a regionalização obedeceram predominantemente à acessibilidade. Essas coordenadorias tinham a atribuição de administrar os programas e exercer as funções de vigilância epidemiológica e sanitária em seus limites territoriais. Estavam localizadas estrategicamente nos municípios considerados pólos: na região norte, em Campos; nas baixadas litorâneas, em Macaé; na região serrana, em Friburgo; região industrial do médio Paraíba, em Vassouras e na região metropolitana e litoral sul, a coordenação era na própria sede da SES, no Município do Rio de Janeiro.

O financiamento para saúde do estado nessa ocasião refletia o modelo de concepção da assistência, já que a SES funcionava como braço do Ministério da Saúde. A transferência intergovernamental, do tipo negociada, por convênio, foi a modalidade de obtenção de recursos extra-orçamentários junto ao Governo Federal.

A participação dos recursos próprios do estado era reduzida. O comprometimento da saúde como percentual do orçamento global estava em torno de 1,5 a 2%. Esse montante estava comprometido, sobretudo no gasto com pessoal, parcela reduzida para custeio e muito pouco para investimento.

4.1.1.3. A rede de saúde dos municípios

Os municípios do Estado do Rio de Janeiro em sua grande maioria não possuíam equipamento próprio para assistência, e não tinham atribuição específica na responsabilidade com a saúde. Essa responsabilidade era transferida para outras esferas governamentais que atuavam nos limites territoriais dos municípios.

O olhar dado à saúde pelas prefeituras desses municípios traduzia a realidade do momento, ou seja, a sua quase total ausência no setor, refletindo a extrema centralização da política de saúde no país. O Ministério da Saúde cuidava da prevenção e o da Previdência da assistência curativa. Não havia secretarias municipais de saúde. A responsabilidade municipal formal estava alocada a departamentos subordinados freqüentemente à Secretaria de Educação.

Os municípios de Duque de Caxias e de Nilópolis, na Baixada Fluminense, eram os únicos que tinham organização mais complexa, com desenho de modelo assistencial diferenciado da maioria dos outros municípios. A capacidade instalada era constituída dos postos e mini-postos de saúde que atuavam na mesma linha do estado: desenvolvimento dos programas e vacinação. As ações de vigilância estavam reduzidas às notificações, ficando a sua execução para o estado.

O que marcava a diferença desses municípios era o equipamento hospitalar. Nilópolis possuía um hospital geral com o pronto-socorro da cidade.

No município de Duque de Caxias funcionava o Hospital Geral Duque de Caxias, com pronto-socorro para os adultos e o Hospital Infantil Ismélia Silveira, com um serviço de socorro infantil para as emergências clínicas.

Municípios populosos e cidades-dormitório demandavam de prefeituras construção de unidades próprias e organização da prestação de assistência coordenada por secretarias de saúde razoavelmente estruturadas para o padrão da época.

Na capital do estado, Niterói, a prefeitura municipal espelhava bem a realidade no estado: o Departamento de Saúde da Secretaria de Educação tinha como atribuição, tão somente, administrar os dois cemitérios da cidade.

A SES estava localizada nesse município e, naturalmente, assumia a responsabilidade pela saúde de seus munícipes. O único movimento concreto realizado pela prefeitura foi a construção do Hospital Geral Antônio Pedro. Contudo, por dificuldades financeiras, teve curta duração. Essa unidade só foi reaberta, fortuitamente, em 1961, por ocasião do incêndio do circo⁷⁶ e em 1966 passa a ser administrada pela Universidade Federal Fluminense.

4.1.1.4. A rede federal

A esfera federal no Estado do Rio de Janeiro era representada pela Superintendência Regional do INAMPS, responsável pela assistência médica curativa. O Ministério da Saúde estava presente somente através dos programas desenvolvidos pelos equipamentos próprios do estado, não possuindo unidades próprias.

No campo da assistência médico-curativa (consultas ambulatoriais, internações e urgência/emergências), o estado não tinha comportamento

⁷⁶Trágico acidente ocorrido no município de Niterói, em 1961.

diferente da grande maioria dos estados do país. As consultas ambulatoriais eram realizadas pelos PAMs e, em alguns municípios, através dos convênios com sindicatos e a rede privada, principalmente nas especialidades médicas que não faziam parte do corpo clínico das unidades próprias do INAMPS. A hospitalização seguia a modalidade dos contratos com a rede privada e filantrópica. O Hospital Orêncio de Freitas, em Niterói, era o único próprio da previdência. As emergências da população munícipe eram assumidas pelas filantrópicas ou Santas Casas de Misericórdia.

A relação dos prestadores privados de assistência era realizada no contato direto com o Governo Federal através da Superintendência do INAMPS, sem participação ou intermediação dos órgãos municipais e estaduais. Em situações conflituosas recorriam à Direção Geral do INAMPS, localizada no vizinho Estado da Guanabara.

4.1.2. A saúde como política pública no Estado da Guanabara

4.1.2.1. Capacidade instalada existente e modelo assistencial adotado

O Estado da Guanabara herda toda a estrutura deixada pelo Distrito Federal antes da mudança da capital para Brasília. Esta era constituída por unidades próprias do ex-Distrito Federal, unidades do Ministério da Saúde, do INAMPS, das universidades, hospitais militares e aqueles destinados aos servidores públicos federais e estaduais. Tinha, portanto, um aparato público ímpar no país.

A capacidade instalada, construída desde os idos da prefeitura de Pedro Ernesto, era constituída de uma rede ambulatorial denominada de centro médico sanitário e uma rede de hospitais gerais e especializados. A localização dos centros médicos sanitários obedecia à distribuição por região administrativa, que tinha sob sua jurisdição um conjunto de bairros, esboçando algum grau de regionalização.

A rede hospitalar era constituída de nove grandes hospitais gerais e dez especializados (quatro institutos e seis hospitais).⁷⁷ Todas estas unidades hospitalares possuíam serviços de emergência, sendo até hoje tratados popularmente como hospitais de emergência.

Os equipamentos de assistência à saúde do então Estado da Guanabara asseguravam o atendimento de saúde pública, vacinação, programas verticais do Ministério da Saúde, bem como os de assistência médica individual/curativa ambulatorial e hospitalar, restrita a alguns centros médicos e consultórios dos hospitais gerais e especializados.

O modelo assistencial do estado não se enquadrava no paradigma horizontal concentrado apresentado por MENDES (1996), representado por modelo médico-assistencial privatista, tampouco podia ser rotulado como modelo sanitaria⁷⁸, apresentando perfil bastante diferenciado do Estado do Rio de Janeiro.

A população dos municípios da Baixada Fluminense também recorria a essa rede de assistência. A proximidade desses municípios, a facilidade de circulação dos meios de transporte de massa e a falta de equipamento para o atendimento local dessa população, contribuíam para busca de assistência médica que necessitavam, com facilidade, sem barreiras.

As vigilâncias sanitária e epidemiológica eram desenvolvidas pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Guanabara, como atribuição de seu nível central. As unidades ambulatoriais responsabilizavam-se apenas pelas

⁷⁷ Miguel Couto, na zona sul; Souza Aguiar, no centro da cidade; Salgado Filho, no Méier; Getúlio Vargas, na Penha; Paulino Werneck, na Ilha do Governador; Carlos Chagas, em Marechal Hermes; Olivério Kramer (hoje Alberto Schweitzer), em Realengo; Rocha Faria, em Campo Grande; e Pedro II, em Santa Cruz.. Os especializados eram: Instituto de Cardiologia, Instituto de Diabetes e Endocrinologia, Instituto de Hematologia, Instituto de Infectologia São Sebastião - na época era chamado de Hospital Estadual São Sebastião -, Hospital Anchieta e Barata Ribeiro- ambos de ortopedia -, Santa Maria - fisiologia -, Curupaiti - hanseníase -, Hospital Nossa Senhora do Loreto, e Salles Neto e Jesus - ambos de pediatria).

⁷⁸Esse modelo foi estruturado para responder à demanda do atendimento das grandes emergências e daquela clientela excluída do mercado de trabalho

notificações. A vigilância dos portos e aeroportos do estado estava sob a responsabilidade do Governo Federal.

4.1.2.2. A forma de organização dos serviços e o financiamento das ações de saúde

A distribuição e organização dos serviços ambulatoriais obedeciam ao critério de regionalização. Em todas as regiões administrativas havia um centro médico sanitário, localizado em regiões com grande concentração populacional.

A rede de hospitais gerais, embora não obedecesse à lógica da distribuição regional, por região administrativa, encontrava-se em bairros populosos e próximos de trajetos dos transportes urbanos que serviam à população local, bem como aos moradores dos municípios vizinhos da Baixada Fluminense.

Contudo, embora com algum grau de regionalização, essa grande rede não possuía qualquer organização interna. Não havia hierarquização, referência, contra-referência e mecanismos de coordenação entre a rede hospitalar e ambulatorial próprias e entre as unidades públicas das outras instâncias de governo, presentes no Estado da Guanabara. Na ausência de articulação política entre as instâncias de governo (federal e estadual), os órgãos federais atuavam com política própria, mantendo as mesmas atividades que eram desenvolvidas à época do Distrito Federal.

No caso do INPS (posteriormente INAMPS), havia uma particularidade. A Direção Geral do INPS não se transferiu para Brasília, possibilitando a existência do poder político central da assistência curativa do país localizado no Estado da Guanabara (Município do Rio de Janeiro).

O estado, tal como o Estado do Rio de Janeiro, tinha como fonte principal o tesouro estadual, cujo montante destinado à área de Saúde era em torno de 10% do orçamento global. A outra fonte provinha de repasse de recursos do Governo Federal, fruto dos convênios dos programas verticais do Ministério da Saúde. As demais instâncias de governo presentes no estado financiavam suas ações com recursos próprios. O Ministério da Saúde era financiado com recursos do orçamento fiscal e a Previdência, através do percentual da contribuição social de empregados e empregadores do mercado de trabalho formal.

4.1.2.3. A rede federal

O Ministério da Saúde, após a transferência da capital federal para Brasília, manteve funcionando toda a sua capacidade instalada sem que, no entanto, mudasse o perfil de atuação de suas unidades. Tinha forte presença nas chamadas ações de saúde pública, através dos programas ou dos serviços, tais como o serviço nacional de malária, febre amarela etc., que atuavam principalmente nas regiões endêmicas, como a Baixada de Jacarepaguá.

Da direção central do Ministério da Saúde, foi mantido um escritório de representação, responsável pela coordenação das unidades e dos programas desenvolvidos no Estado da Guanabara, através de seus centros de saúde, seis hospitais especializados⁷⁹ e pelos serviços de vigilância dos portos e aeroportos⁸⁰.

O INPS no Estado da Guanabara possuía capacidade instalada herdada dos ex-IAPs. Entre postos de assistência médica e hospitais destinados a

⁷⁹ Hospital Pinnel, Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Jurandir Manfredini (Colônia Juliano Moreira), Hospital Rafael Paula de Sousa (Curicica), Hospital Fernandes Figueira e Evandro Chagas

⁸⁰O aeroporto internacional e o porto do Rio de Janeiro eram porta de entrada para o turismo e os grandes negócios no país, razão pela qual a responsabilidade de exercer a vigilância e proteção contra entrada de patologias e/ou outras doenças transmissíveis de centros urbanos de outros países era do Ministério da Saúde.

atender a clientela do mercado de trabalho formal, havia 28 unidades assistenciais⁸¹.

As unidades do INPS não tinham organização, hierarquização ou regionalização. Embora distribuídas pelo estado e com administração centralizada na Superintendência Regional do Rio de Janeiro, eram autônomas, sem perfil definido, e se expandiam de acordo com o interesse e dinamismo de alguns chefes de serviço ou diretores, da corporação médica ou, o que era mais comum, com os interesses de grupos ligados aos fornecedores de equipamentos e aparelhos médicos, cirúrgicos e radiológicos, ou do deputado que utilizava a unidade em proveito próprio na forma do clientelismo político.

Para complementar os serviços demandados pelos usuários naquelas especialidades ou unidades inexistentes em sua estrutura, o INPS realizava contratos e convênios com a rede privada e filantrópica, esta representada no estado pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

A presença da Direção Geral do INPS no Rio de Janeiro, como já foi dito, representava forte potencial político e local de grandes decisões no campo da assistência curativa. Diretores dos hospitais, representantes dos prestadores e outros, reduziam a Superintendência Regional do Rio de Janeiro a mero órgão burocrático, sem poder de resolução dos grandes temas dos dois estados.

A capacidade pública instalada contava ainda com os hospitais militares, os universitários e os destinados ao atendimento dos servidores: IASERJ para os funcionários públicos estaduais e Hospital dos Servidores do Estado (HSE), para os funcionários públicos da União, além das maternidades públicas Herculano Pinheiro, Maternidade Escola da UFRJ e Fernando Magalhães.

⁸¹ Os hospitais gerais eram: Hospital de Ipanema, da Lagoa, Andaraí e Bonsucesso. Em 1974, o hospital de tisiologia Cardoso Fontes (que pertenceu ao Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários) transforma-se em hospital geral. Três hospitais eram especializados: ortopedia (Hospital de Traumatologia-Ortopedia-HTO), cardiologia (Hospital de Cardiologia de Laranjeiras) e oncologia (Hospital de Oncologia). Três maternidades (Praça XV, Alexandre Fleming e Carmela Dutra) e 18 Postos de Assistência Médica (Bangu, Cocotá, Coelho Neto, Campo Grande, Deodoro, Henrique

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Guanabara trabalhava com total autonomia em sua política de saúde, porque possuía capacidade instalada própria para resolução dos principais problemas médico-sanitários da época. As relações com o INPS e o Ministério da Saúde eram pontuais, e não formais, refletindo o modelo de assistência que o Brasil vivenciava: desarticulado, com dispersão de ações, dicotomizado entre o curativo e preventivo, desarmônico, seletivo, sem hierarquização e integralidade.

4.2. A Organização dos Serviços de Saúde na Fusão: O Novo Estado do Rio de Janeiro e o Modelo de Saúde da Fusão

A Lei Complementar nº 20, de 1974, além da fusão dos dois estados, prevê a criação da região metropolitana do Rio de Janeiro, e, ao reconhecer a região até então “sem dono”, cria as condições político-institucionais para a realização dos investimentos e do crescimento dessa área de grande densidade populacional.

Nessa ocasião, no Governo Faria Lima (1975 a 1978), iniciou o suprimento de água potável, a construção dos postos de saúde e algumas ações de saneamento, que produziram reflexos nos indicadores de saúde na época, momento em que as taxas de mortalidade infantil começaram a sofrer redução.

Entretanto, a repartição dos equipamentos de saúde dos dois estados para dar formato às novas secretarias foi marcada pela disputa de poder entre os grupos remanescentes dos ex-estados. O Estado da Guanabara, que herdou todo o acervo físico, tecnológico e pessoal do Distrito Federal, tinha nessa ocasião maior força que o antigo estado do Rio⁸².

Valadares, Ilha, Jacarepaguá, Madureira, Matoso, Mauá, Méier, Penha, Ramos, São Francisco Xavier, Vila Isabel, Venezuela e 13 de Maio.

⁸²Entrevista com Dr. Felipe Cardoso, primeiro Secretário Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. (1975/1979)

As duas secretarias resultantes da fusão, tanto a municipal do Rio de Janeiro quanto a nova secretaria do Estado do Rio de Janeiro (a secretaria da fusão), ficaram expostas à disputa de poder. Na ausência de uma racionalidade técnica de recursos, predominou a distribuição casuística das unidades. O grupo de trabalho na pré-fusão não se dedicou ao aprofundamento do perfil ideal do que deveriam ser as novas redes estadual e municipal.⁸³ Essa constatação demonstra a extensão e a magnitude dos conflitos que cercaram o período inicial do novo estado.

Contudo, alguma racionalidade ocorreu na distribuição desses equipamentos. Unidades consideradas referência estadual foram repassadas para o novo Estado do Rio de Janeiro. Nesse perfil foram enquadrados, aqueles hospitais gerais que o grupo de trabalho da fusão entendeu como unidades que prestavam atendimento à demanda populacional da região metropolitana e alguns hospitais especializados. As unidades cujo perfil de clientela era dominado por municípios permaneceram na nova Secretaria Municipal de Saúde. Os hospitais gerais Getúlio Vargas, Carlos Chagas, Olivério Kramer (hoje Alberto Schweitzer), Rocha Faria e Pedro II foram estadualizados porque assumiam o perfil metropolitano. Os demais - Sousa Aguiar, Salgado Filho, Miguel Couto, Paulino Werneck, Lourenço Jorge e o Instituto de Internação Arthur Villaboin - foram para a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. O mesmo critério foi adotado com relação aos hospitais especializados. O Hospital Jesus, Barata Ribeiro, Salles Netto, Nossa Senhora do Loreto e as maternidades se mantiveram na nova Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Os Institutos e os demais hospitais especializados foram considerados referência estadual, razão pela qual foram transferidos para o estado⁸⁴.

⁸³Idem

⁸⁴ A decisão do grupo de trabalho da fusão, de passar para o estado as unidades hospitalares com serviço de emergência estava em desacordo com as diretrizes da Lei nº 6.229/75 do Sistema Nacional de Saúde, que previa para os municípios a responsabilidade de prestar essa modalidade de atenção à saúde.

Embora prestando assistência aos moradores de municípios vizinhos, a rede de centros médicos não foi objeto de discussão ou disputa. Os parâmetros utilizados foram exclusivamente para rede hospitalar.

4.2.1. O Município do Rio de Janeiro: A Secretaria Municipal de Saúde e seus serviços

O modelo de prestação de assistência adotado no Município do Rio de Janeiro, capital do novo estado, não sofreu alteração com a mudança de *status*. As estruturas do Estado da Guanabara foram mantidas. Os programas, as assistências ambulatoriais e hospitalares permaneceram inalterados. As áreas de apoio à rede, como a central de telecomunicações, central de suprimento, e centrais de abastecimento e manutenção foram mantidas no município, contribuindo para a mudança sem grandes traumas.

O quadro técnico do nível central do Estado da Guanabara permaneceu na nova secretaria municipal, sob a liderança do novo secretário Dr. Felipe Cardoso (1975-1979), enquanto que o estado foi montado com técnicos oriundos do Ministério da Saúde, tendo como secretário o Dr. Henrique Pantoja (1975-1979).

A capacidade instalada federal não sofreu alteração. O INPS criou um órgão local para cuidar do município. Contudo, a presença da Direção Geral esvaziava o potencial político e técnico deste órgão, cuja atividade ficava restrita ao controle das contas médicas dos serviços contratados e conveniados. Os recursos humanos das unidades hospitalares estadualizadas passaram para os quadros da Secretaria de Estado de Saúde, ao passo que os funcionários mantidos nas unidades do Município do Rio de Janeiro mudaram seus vínculos empregatícios de servidores estaduais para municipais.

Nessa nova realidade, as unidades estadualizadas foram a novidade. Para a população foi uma mudança de difícil compreensão, entretanto para a

organização dos serviços, assim como, para o modelo assistencial, significou a criação de mais uma instância de poder atuando de forma isolada, desarticulada e sem referência dentro do município.

As estruturas organizacionais do Estado da Guanabara não sofreram alterações significativas, apenas houve mudança na designação de estado para município. Esse modelo se manteve dicotomizado, com dispersão de ações, sem regionalização e hierarquização.

As fontes de recursos passaram a ser de tributação municipal. Nos primeiros anos houve bastantes investimentos e recursos para as novas instâncias de governo. O percentual do orçamento municipal que era absorvido pela rede de serviços de saúde estava na ordem de 18% (BRASILEIRO, 1979). Os recursos de convênio com o Governo Federal, via desenvolvimento dos programas verticais, mantiveram-se inalterados.

4.2.2. O Estado do Rio de Janeiro: A Secretaria de Estado de Saúde e os seus Serviços

Ao assumir as unidades hospitalares oriundas do Estado da Guanabara, o novo Estado do Rio de Janeiro foi obrigado a ter outro papel na prestação de serviços. Ele, que tinha atuação voltada exclusivamente para as ações de saúde pública, começou a assumir a assistência médica curativa.

A nova secretaria acaba cria o Departamento de Organização e Administração dos Serviços de Saúde, subordinado a Subsecretaria de Saúde, a fim de administrar as novas unidades e, portanto, se adequar ao novo modelo assistencial, uma vez que não tinha vocação e histórico na assistência curativa.

O custeio das novas unidades absorvido pela secretaria incide significativamente no montante do gasto público em saúde no estado. Embora,

no primeiro momento, haja aporte de recursos do Governo Federal para o estado enfrentar o desafio da fusão, não ocorreu o correspondente desembolso por parte do orçamento fiscal do estado. Em 1977, o percentual da proposta orçamentária destinada à saúde enviado à Assembléia Legislativa foi de 3%, contribuindo, assim, na queda de qualidade dos serviços prestados pelas unidades transferidas ao estado.

A capacidade instalada do Ministério da Saúde e do INPS do Estado da Guanabara permaneceu a mesma no Município do Rio de Janeiro. No relacionamento com a instância federal, a nova realidade provocada pela fusão pouco mudou. Contudo, o INPS se adequou, mudando a sua estrutura. Criou uma superintendência regional para administrar o Estado do Rio e no Município do Rio de Janeiro um órgão local de medicina social.

4.2.3. Desdobramentos do novo desenho federativo para área da saúde

O novo desenho federativo, gestado pós-fusão, remete à reflexão de dois temas. O primeiro está ligado à mudança das relações federativas. Ao contrário do que hoje se assiste, com a quantidade de pequenos distritos conseguindo emancipação, o que se verificou com a fusão foi o retorno do território emancipado, enquanto Distrito Federal, para o limite territorial anterior do estado que lhe deu origem.

Independente das razões que levaram à decisão para a reincorporação da “ex-comarca do Rio de Janeiro e Vila Iguaçu à província do Rio de Janeiro”, as repercussões nas relações federativas, e no seio da sociedade no que se refere às questões regionais, tornaram-se bastante complexas. A autonomia do estado no corpo social não desaparece apenas com o advento de uma lei, principalmente quando não há participação da população local na sua elaboração. A absorção para política pública executiva e legislativa da mudança de autonomia estadual para municipal em ambiente de reduzidas liberdades

democráticas torna essa passagem extremamente difícil e tem reflexos em todos os campos, tanto no político-econômico como no social.

O segundo tema, desdobramento do primeiro, está ligado às repercussões no campo da saúde. As funções, que a nova Secretaria de Saúde - a “secretaria da fusão” - terá que assumir, não estarão imunes às transformações econômicas, políticas, administrativas e federativas.

A nova Secretaria de Saúde do estado, ao absorver as unidades cujo perfil se caracteriza por prestar atendimento regionalizado (unidades que atendem à demanda populacional da Baixada Fluminense - Região Metropolitana) e de referência estadual (unidades dedicadas à assistência especializada), assume o desafio de responder pelas ações que não faziam parte de sua cultura institucional.

A atenção à saúde historicamente voltada para assistência de cunho, sobretudo preventivo e conseqüente ações de saúde pública, confere à “secretaria da fusão” uma herança cultural que dificulta a adequação para as novas atribuições na assistência curativa.

Os escassos recursos financeiros (a proposta orçamentária, para 1977, enviada para aprovação na Assembléia Legislativa, previa o comprometimento de apenas 3% para a Secretaria de Estado de Saúde) e as dificuldades para assumir novas tarefas contribuiriam para o início da decadência da assistência hospitalar do novo Estado do Rio de Janeiro.

A incorporação do Município do Rio de Janeiro à estrutura do estado não foi simples, uma vez que a autonomia própria de nossa estrutura federativa, bem como a história político-cultural do Rio de Janeiro, contribuíram para a construção e desenvolvimento das ações de saúde, sem subordinação a nenhuma iniciativa ou instância da SES.

Por outro lado, a Secretaria de Saúde do novo Município do Rio de Janeiro, produto dessa fusão, não apresenta mudança significativa em sua organização, no modelo assistencial e na forma de financiamento das ações de saúde. A prestação de serviços de saúde mantém-se auto-referida, sem articulação, organização e/ou qualquer mecanismo de relacionamento com as unidades e suas direções políticas das instâncias federal e estadual, localizadas no município. Pode-se concluir que, na verdade, ocorreu apenas mudança do *status* estadual (Guanabara) para municipal (Rio de Janeiro). A capacidade instalada própria que permaneceu no município, somada às unidades do estado, do Ministério da Saúde, do INPS e dos hospitais universitários, conferiu ao Município do Rio de Janeiro a maior estrutura própria pública de assistência médica do país, o que provocará repercussões futuras.

A presença da Direção Geral do INPS no Município do Rio de Janeiro fez com que o poder político federal fosse mantido, sendo criado um novo órgão local de medicina social.

As direções das unidades hospitalares e de alguns PAMs se reportavam diretamente à Direção Geral, ao presidente do INPS, para solução dos problemas que ultrapassavam sua área de competência, enfraquecendo, assim, o poder político da Superintendência Regional, levando esta a concentrar suas ações no acompanhamento, controle e avaliação da assistência médico-curativa ligada à Previdência no interior do estado.

Tudo isso, reflete e se faz refletido, quando nas instâncias políticas, o Estado do Rio passou a ser o segundo maior colégio eleitoral do país, com o Município do Rio representando cerca de 50% do eleitorado do estado.

Na situação anterior, o governador administrava um estado convivendo com municípios sem disparidades políticas, econômicas e culturais. Agora, o

governador do estado tem que dar respostas no limite de sua responsabilidade para um contingente populacional com outra característica, ou seja, tem que concentrar o olhar nas ações que representem fatos políticos relevantes para o município.

Se considerarmos que os hospitais repassados para o estado estavam localizados no Município do Rio de Janeiro, o desafio de superar a falta de cultura no trato com a assistência médica tornou-se urgente, dando a questão da saúde um enorme potencial político.

A junção de um estado forte com um estado fraco trouxe duas conseqüências importantes na área da saúde. Na primeira, a fusão de um estado forte, que se transforma em município de outro estado - econômica e politicamente fraco - cria dificuldades, pois é um novo estado fraco, carente de recursos, que tem de exercer e desenvolver outras ações de saúde, agora, sob sua responsabilidade.

Este fato, ao lado de outros, contribui para que o Governo Federal, através do INPS, exerça o papel de condutor político na assistência médica, através da sua Superintendência Regional e da Direção Geral, localizadas no novo município (Município do Rio de Janeiro).

A segunda conseqüência está nos conflitos das relações federativas, que puderam ser vistos com maior nitidez. No caso da saúde, essas relações, desde o primeiro momento, traçaram uma rota que terá reflexos no desenvolvimento futuro da história da formação desse sistema estadual. Tornou-se bastante complexa a relação desse novo município, tanto com o novo estado, como com os demais municípios, uma vez que possuía passado de ex-Estado, ex-capital federal, representando 55% do eleitorado do novo estado.

4.3. O Período Pós-Fusão: Das Experiências Municipais às AIS (1975/1983)

O período aqui analisado trata da adequação que a nova Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro terá que fazer para enfrentar o novo desafio, com a mudança significativa do modelo assistencial. A passagem do modelo sanitário, solidamente construído, para outro a ser moldado a partir da absorção das unidades assistenciais curativas, oriundas do ex-Estado da Guanabara, consideradas de referência metropolitana e/ou estadual, exigirá esforço não só para realizar as novas tarefas, como também incorporar nova cultura organizacional.

Esse momento, que antecede as AIS no estado, retratou singularidade para o Estado do Rio, conferindo-lhe especificidade e peculiaridade, desde a conformação da organização dos serviços, nas relações intergovernamentais, até no financiamento e nas políticas de saúde adotados.

No plano nacional, no final desse período, ocorreu intenso movimento para retorno às normalidades democráticas que tiveram repercussões no campo da saúde através de vários movimentos, que buscaram, entre outras coisas, a universalização do atendimento e a descentralização das ações como forma de garantia de maior controle social das políticas públicas.

No Estado do Rio de Janeiro, iniciaram-se vários movimentos isolados que vieram contribuir, mais tarde, para o formato da trajetória da descentralização e da municipalização⁸⁵.

A discussão sobre a municipalização, interrompida durante muitos anos, desde a 3ª Conferência Nacional de Saúde, retornou com a eleição em 1978 de

85 Alguns deles, aparentemente, sem repercussão significativa, como o caso do projeto Austin, realizado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS) em convênio com a Secretaria de Estado de Saúde, assim como o próprio Plano de Pronta Ação (PPA) em convênio da Previdência com o Estado. Entrevista com José Carvalho Noronha, professor do Instituto de Medicina Social - IMS/UERJ e Secretário de Estado de Saúde (1986/1988); e Hésio Cordeiro, professor do IMS/UERJ e Presidente do INAMPS (1985/1988).

nova safra de prefeitos com propostas de municipalização na área da saúde. Nesse ano, foi realizada em Niterói a primeira reunião entre algumas dessas prefeituras para discutir a saúde nos municípios e o seu papel na formulação de políticas. Estavam presentes: o anfitrião (Niterói), São José dos Campos, Londrina e Campinas. O Município do Rio de Janeiro, importante pela complexidade de sua rede, pelo contingente populacional nele existente e por ser capital do estado, não participou desse encontro.

Ainda que tímidos, em função das restrições das liberdades democráticas nesse período, alguns ensaios na busca de soluções para assistência à saúde foram realizados e protagonizados nas três esferas de governo.

4.3.1. O Modelo de Prestação de Serviços por Nível de Governo

4.3.1.1. A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Durante esse período foram construídos postos de saúde na baixada fluminense. Iniciaram os primeiros convênios com a Previdência Social. Eram convênios de subsídios fixo, na modalidade de pré-pagamento, com a finalidade de obter recursos extra orçamentários como contrapartida ao atendimento à clientela de segurados realizados pelas unidades estaduais. Entretanto, apesar desses fatos, a SES administrou suas ações seguindo as rotinas e os programas verticais do MS, sem evidências de planejamento ou implementação de Plano ou Sistema Estadual de Saúde.

4.3.1.2. A Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro

A Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro mantinha dinâmica própria na assistência, consolidada desde os tempos da capital federal, embora sem plano ou sistema articulado de saúde. Foi um dos poucos municípios a

cumprir a Lei nº 6.229/75, do Sistema Nacional de Saúde, pelo fato de possuir unidades hospitalares com serviços de emergência desde quando era Estado da Guanabara.

No campo da assistência ambulatorial desenvolveu o programa de cuidados primários de saúde, com construção de postos de saúde chamados de Unidades Ambulatoriais de Cuidados Primários de Saúde (UACPS)⁸⁶.

Os novos postos introduziriam a assistência ambulatorial curativa na rede de ambulatórios da prefeitura, funcionando com plantões diurnos de 12 horas e, antecipando-se à mudança de perfil das unidades ambulatoriais com o advento das Ações Integradas de Saúde.

4.3.1.3. A saúde nos demais municípios do estado: O Projeto Niterói

Em seminário promovido pela Secretaria de Planejamento do Estado, em janeiro de 1977, sobre Administração e Desenvolvimento Municipal, dentro das sugestões apresentadas pelas prefeituras da Região Metropolitana, com vista ao investimento do estado na região, apenas Petrópolis e Nova Iguaçu apontaram como necessário priorizar a saúde. Meriti, Nova Iguaçu, Magé, Petrópolis enfocam o saneamento básico, e apenas Meriti e Nova Iguaçu chamam atenção para o meio ambiente como local de investimento. Em todos os municípios houve consenso quanto a prioridade para água potável. A saúde, como demonstrou o encontro, ainda estava distante das preocupações dos dirigentes municipais (BRASILEIRO, 1979).

Contudo, foi nessa época, na antiga capital do estado, que ocorreu fato de destaque para a história da saúde no estado. Niterói iniciou a formação de

⁸⁶Eram unidades que atuavam no campo da assistência curativa e preventiva. A adoção de outro nome e da sigla UACPS tinha por finalidade diferenciá-la dos postos tradicionais, que só atuavam na prevenção.

sistema de saúde do município com repercussões que se refletiriam na próxima fase.

Durante a gestão de Wellington Moreira Franco na Prefeitura do Município de Niterói (1978-1982), foi criada a primeira Secretaria Municipal de Saúde, tendo como seu primeiro secretário Dr. Hugo Tomazini (1978-1982). Foi elaborado o primeiro projeto de saúde para o município, que constou da construção de unidades próprias, planejadas, com programas bem definidos em relação à acessibilidade da demanda e com propostas de ações para essas unidades.

O município formalizou convênio com o INAMPS, lançando as bases das Ações Integradas de Saúde, num projeto conhecido como Projeto Niterói, em que as discussões e implementações de algumas ações foram iniciadas com algum sucesso, como o orçamento único, o planejamento das ações com vários grupos de trabalho, da referência à contra-referência. “Era a primeira experiência de ações integradas entre dois níveis de governo (federal e municipal), porque o estado era totalmente omissor”.⁸⁷

A confecção do Projeto Niterói, no início da década de 80, projeto-piloto para implantação do Programa das Ações Integradas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, fez parte do conjunto de ações políticas no sentido de responsabilização da saúde pela prefeitura.

Foi também em Niterói, em 1978, que ocorreu a primeira reunião de prefeituras preocupadas com o desenvolvimento da municipalização da saúde, com a participação das prefeituras de São José dos Campos, Londrina e Campinas. Eram municípios que possuíam projetos, mas não tinham recursos suficientes para desenvolvê-los.

⁸⁷Entrevista com Maria Manoela P.C.A. dos Santos. Chefe de Gabinete da Superintendência Regional do INAMPS (1983/1985) e Secretária de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (1988/1990)

4.3.2. A (não) inserção do Estado do Rio de Janeiro nos rumos da política de saúde

No final dos anos 70, vários movimentos políticos buscaram a redemocratização do país. No campo da saúde, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em outubro de 1979, tornou-se um evento histórico. Nessa oportunidade o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) apresentou documento intitulado *A Questão Democrática da Saúde*, onde foram apresentadas as diretrizes fundamentais para “saúde autenticamente democrática: o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a sua saúde; (...) (medidas que) criem Sistema Único de Saúde e atribuam ao Estado a responsabilidade total pela administração deste sistema; (...) (medidas que) organizem esse sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país, em seus níveis federal, estadual e municipal” (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994).

Nesse mesmo período, iniciou-se a crise da Previdência. Houve criação de vários planos e projetos visando à universalização, hierarquização e descentralização da saúde, tais como o PIASS e o Prevsauúde, que eram projetos onde havia co-participação entre Ministério da Saúde e a Previdência com estados e municípios na prestação dos serviços de saúde. Em 1978, com a eleição de novos prefeitos municipalistas, que o debate sobre a descentralização e municipalização, abortado desde 1963⁸⁸, foi retomado.

No Rio de Janeiro, vários movimentos na sociedade, nas corporações profissionais, tais como a greve dos médicos de 1981, reivindicavam melhores salários e melhores condições de trabalho e colocaram no debate as condições de saúde da população.

⁸⁸ É importante registrar que, apesar de sancionada pelo Governo Federal, a Lei nº 6.229 de 1975, do Sistema Nacional de Saúde, não foi o suficiente para que os municípios assumissem o papel previsto na lei.

Assim, a crise da Previdência e a eleição de prefeitos municipalistas permitiram que, no Rio de Janeiro, onde estava localizada a Direção Geral do INPS e a aproximação do INPS (federal) com o município de Niterói, possibilitasse a confecção do projeto pioneiro - Projeto Niterói - antecipador das AIS, criando as condições políticas e técnicas para a introdução do município na assistência médica curativa.

Nesse período, tanto o Estado do Rio de Janeiro como o Município do Rio de Janeiro, não participaram do processo. A Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio não exerceu papel de coordenador das ações de saúde no estado, e a Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro seguiu o seu cotidiano, administrando suas unidades, seus programas, em independência e política própria.

O estado, que vivia a transição de mudança de modelo assistencial, sem recursos e sem liderança política, se ausentou das discussões e das ações políticas, deixando que a Previdência social, num primeiro momento, através da Direção Geral e, posteriormente, através da Superintendência Regional, assumisse a coordenação do processo político da saúde e assistência médica no estado.

4.4. O período das AIS: A Instância Federal como Organizadora das Ações de Saúde(1984/1987).

A implantação das Ações Integradas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro apresentou características bastante particulares, tanto do ponto de vista das condições políticas, como na forma de financiamento, o que possibilitou a rápida transformação do cenário da assistência à saúde nos municípios.

O fato relevante foi o distanciamento da Secretaria de Estado de Saúde na condução desta política para o estado. A forte presença da Previdência, através da Direção Geral e da Superintendência Regional, criou as condições necessárias para que o INAMPS assumisse a liderança das ações, o que veio a ser o marco da transformação do padrão de assistência à saúde no estado e no país.

Nesse momento, a Superintendência Regional do INAMPS do Rio de Janeiro encontrou novos prefeitos necessitando dar respostas à demanda de seus munícipes. A confecção de outra modalidade de convênio entre prefeituras e Previdência, sem interveniência do estado (este assinava os convênios, mas não participava das discussões técnicas e políticas na elaboração dos mesmos) permitiu a obtenção de recursos extra-orçamentários, possibilitando ampla e rápida expansão dos convênios em praticamente todos municípios do estado. Foi um período bastante dinâmico, onde no plano nacional, três questões se conjugavam criando um cenário todo especial.

A primeira era o do movimento de redemocratização do país. No ano de 1982 foram eleitos diversos governadores do PMDB, de oposição ao governo central, com compromissos para reforma do sistema de saúde vigente. Alguns governadores assumiram a responsabilidade da condução das diretrizes da política de saúde em seus estados.

A segunda questão foi encontrar uma saída para crise da Previdência com baixo custo. Algumas tentativas foram apresentadas, mas somente em 1981 houve a criação do CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) e, posteriormente, em 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social - O Plano do CONASP. Este previa maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos de saúde, através da implantação do "Convênio Trilateral - MPAS/MS/SES", depois substituído pelas AIS.

Por fim, uma terceira questão resultou da intensa manifestação de técnicos e de políticos ligados à área da saúde, em todo o país, iniciando o movimento da Reforma Sanitária na busca de soluções para o que alguns caracterizavam como o “descalabro da saúde”.

Eram manifestações tanto corporativas, como acadêmicas, visando a melhoria das condições de assistência, da reorganização dos serviços, do modelo assistencial, das formas de gerência, melhorias salariais, das condições de trabalho, etc. Elas foram expressas nos congressos, encontros, seminários e conferências da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), na luta pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro - sob intervenção federal - e na expressiva greve dos médicos, no Município do Rio de Janeiro, em 1981.

O cenário nacional produziu repercussões diferentes em vários estados e municípios. A proposta política para construção das Ações Integradas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro encontrou as seguintes condições políticas. De um lado, o estado com resistências a qualquer política ditada pelo Governo Federal. No entender do Secretário de Saúde, Dr. Eduardo Costa (1982/1986), a democracia atingira os estados, com a eleição dos governadores, mas não o governo central. Assim, este governo central utilizava políticas de fortalecimento de ações municipais com o intuito de enfraquecer a liderança dos governadores de oposição ao Governo Federal eleitos em 1982, como era o caso do Rio de Janeiro. No outro lado do palco político estava o INAMPS, que tinha poder real, como autarquia financiadora das ações de saúde. A presença de sua Direção Geral no Município do Rio de Janeiro permitiu que, através da Superintendência Regional, o Governo Federal assumisse liderança política na condução das ações de saúde. Decisão facilitada, obviamente, pelo distanciamento do Estado.

A experiência positiva do projeto Niterói levou a presidência do INAMPS a desenvolver as AIS no estado. Para isso, realizou mudança na direção da

Superintendência Regional, nomeando Dr. Nildo Eimar de Almeida Aguiar como superintendente. Este destacou Dr.^a Maria Manuela dos Santos para chefia de gabinete, com atribuição de implantar o convênio das AIS nos municípios do estado e indicou para a secretaria executiva da CIS o Dr. Luiz Antonio Santini (ambos com a experiência no desenvolvimento do Projeto Niterói)⁸⁹.

4.4.1. Análise da Implantação das AIS por Nível de Governo

4.4.1.1. Estado do Rio de Janeiro

Em 1982, com a eleição dos novos governadores e a ascensão do governador Leonel Brizola (1983/1986) ao poder estadual, começaram a se criar mecanismos mais formais de articulação, com a criação da CIS (Comissão Interinstitucional de Saúde). Entretanto, a expectativa de maior participação do estado na condução do sistema estadual de saúde não ocorreu.

O Estado administrou seu modelo assistencial sem inovações, ou seja, os hospitais foram conduzidos de forma conservadora, sem criatividade, sem preocupações com o desenvolvimento tecnológico na área de diagnose e terapia. Foram mantidas as estruturas centralizadas de decisão. Os diretores dos hospitais e dos centros de saúde não tinham autonomia no processo de compra e de investimentos. Todas as decisões quanto a gastos eram realizados no Município do Rio de Janeiro, na sede da secretaria de estado.

Essa gestão priorizou as atividades consideradas de saúde pública, com pouca ênfase no campo assistencial, significando retorno oficial à visão anterior

⁸⁹A eleição do médico, Dr. Waldenir Bragança, para a Prefeitura Municipal de Niterói (1983/1986), com posições políticas, na área de saúde, contrárias ao projeto Niterói, fez com que as atividades, político-técnicas, que vinham sendo desenvolvidas, bem como a equipe técnica do projeto, fossem para o âmbito da CIMS-Niterói.

ao fenômeno da fusão. Essa posição pode ser identificada, quando há mudança para o nome de Secretaria de Estado de Saúde e Higiene.⁹⁰

A conseqüência, no campo do desenvolvimento da nova política de saúde, que começava a se desenhar em todo país com a implantação das Ações Integradas de Saúde, foi a não participação do estado como condutor da política estadual de saúde.

Recursos financeiros reduzidos, capacidade instalada sucateada, com algumas unidades ambulatoriais do interior sem funcionar, estrutura hospitalar decadente (os hospitais estavam em péssimas condições) e secretaria considerada fraca (orçamento em torno de 2% do orçamento fiscal do estado), o estado não ocupou o espaço político de liderança da saúde, permitindo que a Previdência, através da Superintendência Regional, assumisse o papel de coordenadora do Sistema Estadual de Saúde em gestação.

As coordenadorias regionais de saúde não assumiram a direção política de implantação das AIS, deixando para a equipe técnica da Superintendência Regional a coordenação do processo no interior do estado, impossibilitando, assim, a formação das Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde. Apesar de manter distanciamento político do processo, o Secretário de Saúde participava, enquanto representante do estado, das reuniões da CIS (onde era presidente), assinando os convênios, mas sem conduzir o processo.

Essa postura modificou-se somente com a mudança de governo. O novo governo que assume em 1986, nos momentos finais das AIS, ou seja, pré-SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde), possuía visão política pró-municipalização da saúde. O novo secretário⁹¹, assumiu a direção política da

⁹⁰Segundo Eduardo Costa, Secretário de Estado de Saúde (1983/1986), a mudança do nome da secretaria para Secretaria de Estado de Saúde e Higiene deveu-se à impossibilidade no âmbito da política interna do governo. A proposta de mudança preferencial seria para Secretaria de Estado de Saúde e Meio Ambiente.

⁹¹Os Secretários de Estado de Saúde (1987/1990) foram: Dr. Antonio Sérgio Arouca (seis meses), Dr. José Carvalho Noronha (1987/1989) e Dr^a Maria Manoela dos Santos (1989/1990).

implementação das AIS; exerceu, de fato, a presidência da CIS e iniciou novo processo na política de saúde do estado, buscando a construção do Sistema Estadual de Saúde. O organograma da Secretaria foi adaptado à nova realidade, com a criação da Subsecretaria para Municipalização, cuja responsabilidade foi aprofundar e expandir a disseminação dos convênios AIS com repasse de unidades e responsabilidades formais para os municípios.

O Subsecretário da Saúde ficou com a incumbência de cuidar da administração da capacidade instalada própria, ou seja, a responsabilidade da execução dos serviços assistenciais, cujo peso estava na estrutura hospitalar localizada no município do Rio, herdada da fusão. Nessa oportunidade a SES começou a assumir o Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB)⁹² como plano microrregional.

As dificuldades de integração com o Município do Rio de Janeiro continuaram presentes. Entretanto a complexidade e o poder político desse ente governamental criaram as condições para que, nessa ocasião, o município participasse na composição da CIS.

Do ponto de vista do financiamento, as AIS no Estado do Rio de Janeiro apresentaram duas modalidades de convênios. Para o Município do Rio de Janeiro e para as estruturas da SES no município, o modelo de convênio seguiu a experiência adotada no Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), no Hospital Jurandir Manfredini (Colônia Juliano Moreira) e no Hospital Rafael de Paula Sousa (Curicica). O modelo era chamado de co-gestão, uma vez que havia a parceria do INAMPS no financiamento. O Estado e o Município orçamentavam as suas unidades ambulatoriais e hospitalares com planos de investimento, custeio etc, e o INAMPS participava

⁹²O concurso para preenchimento das vagas do PESB foi realizado pelo Instituto Vital Brasil, empresa pública de fabricação de medicamentos e vacinas, ligado a SES, porque havia impedimento de realização do concurso para administração direta, bem como foi instrumento utilizado pelo governo estadual para melhor remunerar os profissionais do programa, como também, possibilitar administração flexível.

com metade desses valores, realizados através de cronograma de repasses previamente acordado na CIS.

Já os convênios firmados com os outros municípios e com as unidades do estado fora do município do Rio de Janeiro eram feitos com base na programação da produção de serviços. A partir da capacidade instalada existente estimava-se a produção potencial através dos parâmetros de cobertura da portaria MPAS-INAMPS 3.046/82.

4.4.1.2. Município do Rio de Janeiro

O Município do Rio de Janeiro mantinha distanciamento em relação ao Estado e ao Governo Federal, seguindo sua linha de independência, cuidando de suas unidades que, por si só, já eram demasiadamente pesadas, complexas e difíceis de administrar.

A sua relação com o Governo Federal era formal, e se realizava de duas maneiras: a primeira era de formalidades com uma representação do Governo Federal ainda sediada no RJ, como era o caso da Direção Geral do INAMPS; a segunda numa relação de prestador através do convênio das emergências⁹³.

Já o modelo organizacional dos serviços de saúde a partir das ações integradas de saúde tomou outro formato. A partir da experiência desenvolvida na AP4 (Área de Planejamento do Município do Rio de Janeiro, que corresponde à região administrativa da Barra da Tijuca e de Jacarepaguá) iniciaram-se as discussões interinstitucionais, com a idéia de olhar a integralidade dos recursos, postos à disposição da população da Cidade do Rio de Janeiro, para resolver

⁹³O convênio das emergências foi realizado entre a prefeitura e o estado com o INPS, na modalidade de pré-pagamento, para remunerar os atendimentos a trabalhadores do mercado formal nas unidades dessas instâncias de governo.

seus problemas de saúde. Nessa ocasião, foi confeccionado o primeiro Plano de Saúde da Área de Planejamento Quatro (AP4).

Em 1983, com o Dr. Nildo Aguiar na Superintendência Regional do INAMPS e Dr. Hugo Tomazini na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, foi criada a CIMS e começou o desenvolvimento do trabalho de integração interinstitucional. Foi montada a primeira planilha, onde se esboçava matriz de fontes e usos dos recursos entre Ministério da Saúde, INAMPS e Secretaria Municipal de Saúde, o que seria, segundo NORONHA (1997) o embrião da POI (programação-orçamentação integrada)

A CIMS-RJ, preocupada em dinamizar as ações no interior do município, que possuía grande contingente populacional - na época, em torno de quatro milhões - e extensão territorial também de grande porte, divide o município em “Áreas de Planejamento”⁹⁴.

A operacionalidade das Áreas de Planejamento foi desenvolvida com a ótica da descentralização. Segundo SANTINI (1997)⁹⁵, “era como se fosse o estado dentro do estado”. Foram criadas cinco áreas de planejamento, e dessas, algumas foram subdivididas posteriormente⁹⁶.

Para administrar as áreas de planejamento foram criadas duas instâncias de decisão. A primeira, de cunho institucional conhecida como CEAP - Comissão Executiva de Área de Planejamento. Essa instância foi composta dos diretores das unidades das três instâncias de governo de cada área de planejamento e tinha como função executar as ações definidas politicamente em outra instância, o GEL - Grupo Executivo Local.

⁹⁴As Áreas de Planejamento foram a adaptação para a saúde do Plano Urbanístico do Rio de Janeiro, feito na época de Marcos Tamoio (1975-1978) como prefeito, o chamado IPUB-Rio.

⁹⁵Entrevista com Luiz Antonio Santini, Secretário Executivo da CIS (1983/1985), Superintendente Regional do INAMPS (1985/1986) e Subsecretário de Estado de Saúde (1986).

⁹⁶ AP 1: Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paqueta e Santa Teresa; AP 2 Sul: Botafogo, Copacabana e Lagoa; AP 2 Norte: Tijuca e Vila Isabel; AP 3.1: Ramos, Penha e Ilha do Governador; AP 3.2: Méier e Engenho Novo; AP 3.3: Irajá, Madureira e Anchieta; AP 4: Jacarepaguá e Barra da Tijuca; AP 5: Bangu, Campo Grande e Santa Cruz.

Os GEL foram criados na ótica da participação da comunidade, das organizações sindicais e da sociedade organizada (representantes de associação de moradores, sindicatos, prestadores locais e etc.). Eles se reuniam periodicamente e foram mais fortes onde as organizações estavam mais dinâmicas⁹⁷.

4.4.1.3. Demais municípios

Os municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro apresentaram transformação na qualidade da prestação dos serviços. Os convênios firmados com a Previdência pelas prefeituras produziram diferencial no olhar para saúde, ignorado até aquele momento.

A partir desses convênios as representações municipais, estaduais e federais - estas representadas pelo INAMPS (poucos municípios possuíam unidades do Ministério da Saúde) - passaram a se reunir formalmente nas CIMS. A Superintendência Regional estimulou a formação de Conselhos Comunitários de Saúde. Alguns conselhos foram bastante atuantes, com participação da comunidade organizada, das associações de moradores etc.; em outros a interferência direta dos prefeitos impossibilitou melhor atuação dos conselheiros.

A maioria dos municípios construiu sua rede de atendimento ambulatorial e alguns assumem o hospital filantrópico da cidade, até então deficitários funcionando com poucos recursos do convênio de subsídio fixo rural.

O Município de Cabo Frio constrói um hospital com emergência. A região necessitava de unidade pública de urgência, principalmente no verão, época de grande fluxo de turistas e de veranistas em férias. Os recursos da construção foram feitos com o adiantamento dos tetos orçamentários previstos nas AIS.

⁹⁷Nesse momento houve intensa participação da comunidade, principalmente nas áreas mais carentes, onde se propunha o atendimento integral para toda a população pelas unidades do INAMPS e a melhoria das condições de atendimento,

Na Baixada Fluminense, mais especificamente em Nova Iguaçu, iniciou-se experiência inédita para a época, na introdução de novas formas de expansão da rede de serviços. Na ocasião foi assinado convênio com a Caritas Diocesana do município, com participação das associações de moradores. Essa experiência foi aperfeiçoada com o Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB). Os municípios dessa região possuíam pouca capacidade de investimento e maior complexidade de problemas. Eram extremamente dependentes do INAMPS com forte influência política de deputados federais e estaduais no domínio da máquina.

4.4.2. Hegemonia da esfera federal: de formuladora a articuladora das AIS.

A decisão política do Governo Federal de desenvolver o programa de Ações Integradas de Saúde como parte do plano do CONASP encontrou na Superintendência Regional o *locus* privilegiado. A experiência do projeto Niterói e a incorporação de técnicos que direta e indiretamente participaram dele⁹⁸ produziram grande mudança no padrão de intervenção federal na saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Ao assumir a decisão política de implantar as AIS, a SRRJ colocou a chefia de gabinete como pólo de difusão. Nessa chefia foi montada equipe⁹⁹ dividida por regiões do estado, à semelhança das coordenadorias regionais de saúde da SES-RJ, procurando entender e tratar a saúde e assistência médica de forma regionalizada sem, no entanto, dada ausência do estado, montar Comissões Interinstitucionais Regionais de Saúde (CRIS).

nas unidades do município e do estado.

⁹⁸ Alguns acompanharam o desenvolvimento do projeto através da Direção Geral e posteriormente passaram para os quadros da Superintendência Regional

⁹⁹ Os coordenadores das regiões de implantação das AIS no estado eram: Metropolitana e Litoral Sul, Dr^a Joice Aragão; Baixadas Litorâneas, Dr^a Regina de Aquino Xavier; Industrial do Médio Paraíba, Dr. César Cereja Chicaybam; Serrana, Dr. João Regazzi Gerk e Norte, Dr. Roberto Parada.

Essa equipe tinha a incumbência de contribuir para que as três instâncias de governo trabalhassem integradamente, fugindo das superposições de ações, com atividades coordenadas na busca de diretrizes políticas comuns e orçamento único, como previam as AIS.

Como a maioria dos municípios não possuía estrutura formal de saúde, a Superintendência Regional desenvolveu trabalho intensivo no sentido de estimulá-los e assessorá-los na construção das bases da formação de seus sistemas municipais de saúde¹⁰⁰.

Duas outras medidas foram bastante usadas pela Superintendência Regional. Primeiro, os técnicos da chefia de gabinete iam aos municípios para discutir e assessorar os prefeitos e secretários de Saúde, que em sua grande maioria eram médicos, sem vivência de política pública de saúde. E segundo, firmando acordos com os prefeitos para construção de unidades utilizando o teto orçamentário máximo previsto para as prefeituras, que se comprometiam a construir postos de saúde, segundo projeto de construção e/ou ampliação de unidades assistenciais.

Essas medidas tinham como finalidade deslanchar e levar a responsabilidade dos destinos da saúde dos municípios aos seus respectivos prefeitos. Para isso a Superintendência Regional oferecia o convênio onde o repasse de recursos era realizado a partir da produção de serviços e nos valores da portarias 310 e, depois, 314, do MPAS/INAMPS/83.

Entre 1983 e 1985 foram assinados 58 convênios com municípios. As entidades filantrópicas mudaram de relacionamento com a Previdência e cerca de 22 hospitais, do tipo Santa Casa, aderiram ao convênio. Esses hospitais mereceram da direção da Superintendência Regional o mesmo tratamento dado

¹⁰⁰ Para isso, além da assessoria técnica, alguns artifícios foram utilizados, tais como a utilização de recursos já existentes no município, adaptando salas de aula ociosas nas escolas, igrejas, clubes de serviços, transformando-os em consultórios médicas.

às prefeituras, com vistas à ampliação, investimento e melhoria da qualidade prestada aos usuários.

Em todos os municípios que assinaram convênio das AIS pactuou-se o compromisso de montar a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e formação dos Conselhos Comunitários de Saúde incentivando a população na participação e no controle social.

No que se refere à rede de serviços próprios do INAMPS, ocorrem resistências à mudança, principalmente nos grandes hospitais do Município do Rio de Janeiro. Os diretores dessas unidades demonstraram receio de participar de ações conjuntas e resistiam a perspectiva, ainda que remota na época, de ser administrado pelo município¹⁰¹.

No interior, as chefias de medicina social foram os focos de resistência ao desenvolvimento das AIS. Os chefes eram responsáveis pelo encaminhamento de internações e serviços de ambulatórios e, assim, detentores de recursos e poder. Na maioria das vezes, havia relação de troca de favores, principalmente com os prestadores privados e com os políticos da região. Ao diminuir as atribuições desses chefes, uma vez que algumas decisões passaram a ser tomadas no âmbito da CIMS e tendo como presidente da comissão o Secretário Municipal de Saúde, o poder das chefias de medicina social ficou bastante reduzido, ainda que tivessem os recursos humanos e financeiros como instrumentos de poder.

Autarquia com recursos financeiros, recursos humanos, força política e credibilidade, o INAMPS, ao assumir o papel de disseminador das AIS no Estado, começou a discutir os grandes temas regionais.

¹⁰¹ Os diretores dos hospitais do INAMPS tinham ligação direta com a Direção Geral e era praxe dos diretores das grandes unidades hospitalares da Previdência se reportar diretamente ao presidente.

Esse olhar regional encontrou a Baixada Fluminense, campo de movimento das associações de moradores reivindicando melhores condições de saúde e assistência médica (GERSCHMAN, 1995). Nessa ocasião iniciaram-se as discussões políticas para um programa especial, ainda no âmbito do SOS Baixada, do governo estadual que, posteriormente, evoluiu para a confecção do Projeto Especial de Saúde da Baixada (PESB). Essa política microrregional previa planejamento, administração e construção de unidades com o objetivo futuro de municipalizá-las e integrá-las aos sistemas municipais de saúde dos diversos municípios partícipes do programa. Esse projeto teve seu início na Superintendência Regional e, posteriormente, foi conduzido em etapa mais consolidada pela Secretaria de Estado de Saúde.

Quanto ao Ministério da Saúde, o relacionamento com a Previdência se estabeleceu através de convênio chamado de co-gestão. Tratava-se de parceria na utilização dos recursos das duas pastas de governo destinadas aos hospitais do Ministério da Saúde no Município do Rio de Janeiro. Esses hospitais eram orçamentados e a Previdência, através do INAMPS, participava com a metade do que fora previsto.

4.4.2.1. A especificidade do INAMPS no Município do Rio de Janeiro

O INAMPS no Município do Rio de Janeiro era extremamente complexo. Havia três instâncias de poder: a Direção Geral, que não foi transferida para Brasília; a Superintendência Regional, com incumbência de administrar tanto suas unidades como os contratos e convênios de todo estado e a Divisão Local de Medicina Social, cuja função estava reduzida ao controle e avaliação das contas médicas do Município do Rio de Janeiro.

Essa situação criou um complicador político para a implantação das AIS. A cultura dos diretores dos hospitais era a de se reportar à Direção Geral, ao passo

que as direções dos PAMs do interior tinha ligação mais restrita com o Superintendente Regional.

No primeiro momento da implantação das Ações Integradas não houve grandes conflitos. A Superintendência Regional preocupou-se com a disseminação das AIS pelo interior do estado, e o Município do Rio de Janeiro, por sua vez, participava das AIS através das reuniões da CIMS-RJ que, nesse momento, ainda funcionava na sede da Superintendência Regional.

Na Nova República, com a nomeação do professor Hésio Cordeiro para presidência do INAMPS (1985/1988), a disputa pelo cargo de superintendente se acirra entre dois fortes postulantes: Dr. Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva e Dr. João Carlos Teixeira de Almeida Serra. A saída política adotada foi fortalecer o cargo da Divisão Local, a fim de que um dos postulantes assumisse a Superintendência Regional e o outro a Divisão Local de Medicina Social com alguma similaridade de poder.

Havia a intenção política de que, ao fortalecer a Divisão Local, esta passasse a cuidar das unidades próprias, contratadas e conveniadas do INAMPS no Município do Rio de Janeiro, bem como representasse a esfera federal de assistência da Previdência na CIMS do município. A expectativa era que a Superintendência Regional ficasse com a articulação técnica e política da Baixada Fluminense e do interior do estado. Contudo, não trabalhar com as unidades ambulatoriais e hospitalares próprias do Município do Rio de Janeiro e, muito menos, não ter a Divisão Local sob sua coordenação reduzia o peso político deste cargo, razão pela qual ocorreram vários conflitos¹⁰².

O novo superintendente decidiu exercer seu poder e assumir a rede própria do município. Iniciou discussão de projetos de investimento, compra de equipamentos, humanização do atendimento, entre outros. Esses temas

¹⁰²A Divisão local, nessa disputa, tinha um canal direto técnico e político com a Direção Geral do INAMPS.

carreavam para a Superintendência Regional, diretores, chefes de serviço, grupos de funcionários, associações, corpo clínico dos hospitais, etc., adicionando tempero na disputa entre a Superintendência e a Divisão local.

A saída do Ministro Waldir Pires do MPAS e a entrada de Raphael de Almeida Magalhães, possibilitou a resolução política desse conflito. O superintendente, com ligações mais próximas ao antigo ministro, foi exonerado e assumiu a superintendência o, então diretor da Divisão Local, com amplos poderes, entrando em seu lugar um técnico do quadro efetivo.

A partir daí, o INAMPS, sob nova direção na Superintendência Regional, passou a ter o olhar mais voltado para o Município do Rio de Janeiro. Houveram poucos investimentos para o interior e, na área hospitalar, foram contemplados apenas a maternidade de Nova Friburgo e o hospital do Alcides Fonseca do INAMPS, em Petrópolis.

4.4.3. Um modelo particular de implantação das AIS

A implantação das AIS no Estado do Rio de Janeiro apresentou dinâmica bastante particularizada, e pode ser dividida em dois momentos. O primeiro momento, na implantação das AIS no Estado do Rio de Janeiro, ocorreu o distanciamento político do Estado e a Superintendência Regional do INAMPS assumiu a liderança política de mudança, ou seja, o instância federal conduziu, estabeleceu as regras e as formas de financiamento das ações de saúde e de suas transformações no estado. O segundo momento, a Secretaria de Estado de Saúde tomou a decisão política de conduzir a implantação das AIS, ocupando a presidência da CIS, iniciando encontros e reuniões com vista ao planejamento regional e estadual, de forma a introduzir o Município do Rio de Janeiro na mesa das decisões de política de saúde do estado, isto é, na CIS.

As relações político-institucionais entre o Município do Rio de Janeiro e o estado, mesmo em momentos em que prefeito e governador eram do mesmo partido, sempre foram muito difíceis¹⁰³. O município seguia linha de atuação própria, independente e sem subordinação ao estado. Tinha orçamento, modelo assistencial já estabelecido e toda história institucional que o colocava sempre muito auto-referenciado.

A complexidade se configurava na dificuldade em articular um estado economicamente fraco, e conseqüentemente uma secretaria fraca, com um município forte em população, nos recursos e no potencial eleitoral, apresentando capacidade instalada complexa e a maior rede de unidades próprias da instância federal de governo.

A falta de vontade política do Estado em coordenar as mudanças que se processavam, de entender sua responsabilidade na direção e articulação regional de integração entre as três esferas de governo na área da saúde e, portanto, conduzir o Sistema Estadual de Saúde, permitiu que o INAMPS, através de sua superintendência, assumisse esse papel.

Entretanto, as dificuldades não pareceu residir somente na falta de vontade política dessa ou daquela instituição, mas também nas difíceis relações intergovernamentais do estado.

Isso ocorreu por duas razões. A primeira dizia respeito ao nosso sistema federativo, representado, naquele momento, pelo federalismo centralizado. As relações federativas estavam abortadas, e não é sem fundamento que o Secretário de Estado da época veja com desconfiança as ações federais. A segunda revelava que o município do porte e complexidade do Rio de Janeiro

¹⁰³O vereador do PFL, do Município do Rio de Janeiro, Eduardo Paes, em artigo publicado em O Globo, em 05/06/97, sob o título "Malfadada Fusão" diz: "Antes da posse, Faria Lima já brigava com Tamoio. Brizola brigou com aqueles que nomeou e elegeu, de Jamil Haddad, passando por Saturnino Braga, até Marcelo Allencar. Este, hoje, governador, conflitou-se com César Maia e, agora com Conde...". Faria Lima e Leonel Brizola foram Governadores de Estado. Marcos Tamoio, Jamil Haddad, Roberto Saturnino Braga, Marcelo Allencar, César Maia foram prefeitos da cidade do Rio de Janeiro.

não incorporou a fusão que transformou a relação que ocorria de estado/estado, por outra, subjetivamente de menor qualidade política, a de município-capital/estado.

Assim, era difícil inverter as relações político-institucionais das duas esferas: as relações prioritárias do Município do Rio de Janeiro não ocorriam com o estado, mas sim com o Governo Federal.

Outra questão marcante e complexa foi a extrema dificuldade de conduzir o processo de transformação na Baixada Fluminense. Os municípios dessa região tiveram dificuldades políticas e culturais para entender as mudanças que se processavam. O Programa Especial de Saúde da Baixada foi confeccionado buscando minimizar essas dificuldades. Gestado na Superintendência Regional e posteriormente assumido pelo estado, foi a primeira atitude concreta em tratar esses municípios de forma homogênea, inaugurando o planejamento regional.

Apesar das dificuldades, e sob o comando da instância federal, iniciou-se processo rumo à descentralização. Ao final desse período, quase todos os municípios assinariam convênio AIS e todas prefeituras criariam Secretarias Municipais de Saúde, com aumento significativo de investimentos em unidades ambulatoriais, consultórios, leitos e recuperação de unidades hospitalares filantrópicas no interior do estado.

Foram criadas CIMS em todo o estado e colegiados de participação da comunidade que, no Rio de Janeiro, adotou o nome de Conselhos Comunitários de Saúde, embrião dos Conselhos de Saúde.

O Município do Rio de Janeiro regionalizou-se e criou, através da sua CIMS, colegiados com participação da comunidade (GEL), nas diversas áreas de planejamento e, através destas, produziu o primeiro plano de saúde regional para AP 4 (Barra-Jacarepaguá).

Esses fatos teriam como resultados o crescimento qualitativo das ações de saúde e da consciência sanitária nos municípios do interior do estado, com reflexos nos momentos que se seguiram, ainda que, com fraca participação do estado e sem a participação efetiva da capital (Município do Rio de Janeiro).

4.5. O SUDS: Estado e CIS no Comando (1987/1990)

O Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) representou avanço para a consolidação do movimento de reorganização do sistema de saúde no Brasil, cujo espírito foi traduzido na exposição de motivos do MPAS/MS em 1987: *“As Ações Integradas de Saúde devem passar a significar um movimento de reorganização setorial, no sentido da Reforma Sanitária, que permita caminhar gradativamente, para a superação da atual organização sanitária, centralizada e desordenada, em busca de novas formas de organização descentralizada, integrada e democratizada, com a gestão colegiada, que atinja todas as instituições, direta ou indiretamente relacionadas com o setor público, com todos os seus recursos e com todas as suas atividades, no sentido de darem respostas às necessidades da população, definidas na Política Nacional de Saúde, segundo critérios epidemiológicos-sociais (...). Em consequência, essa reconcepção teórica e operativa das AIS deverá induzir com descentralização, o que conduzirá a recolocação de um novo entendimento da Federação, fundado na cooperação e na integração e não na competição, na dispersão e na compartimentação das responsabilidades. Pretende-se que as AIS expressem, nos seus conteúdos, essa visão de uma federação solidarista e de complementaridade”* (MPAS/MS, 1987).

A eleição dos novos governadores, em 1986, momento histórico da redemocratização “lenta gradual e segura”, reforçou e consolidou as lideranças regionais, sendo considerada por alguns autores como o retorno da “política dos governadores”. Este fato propiciou o ambiente político favorável à consolidação

do estado como a instância governamental responsável pela formulação e implementação das políticas regionais.

Assim, como resultante desse processo, foram transferidas para as SES as responsabilidades político-institucionais atribuídas à Superintendência Regional do INAMPS: o poder e as atividades técnico-administrativas centrais relativas à aquisição de insumos e serviços para as unidades próprias, e ao controle e avaliação dos serviços privados e filantrópicos.

Esse novo trajeto, no caminho da Reforma Sanitária, apresentava a diferença qualitativa em relação ao momento anterior. Ao contrário da ênfase nas ações integradas entre os entes governamentais, como preconizava as AIS, o estado passa a assumir a liderança política das ações de saúde, mudando qualitativamente seu papel político, na dinâmica regional e nas relações que se estabelecem com e entre municípios e com o Governo Federal. O resgate do papel do estado na condução da política de saúde regional recolocava a discussão da necessidade da transformação de federalismo centralizado para federalismo cooperativo.

A retomada da autonomia dos governos estaduais, no plano da política, fruto da redemocratização, colocou na ordem do dia a responsabilidade das políticas sociais pelas instâncias subnacionais de governo, razão pela qual o advento do SUDS foi parte do movimento maior no campo da confecção do novo pacto federativo.

Esse fato teve repercussões diferenciadas nos diversos estados da federação, porque cada estado, com sua história, cultura e particularidades, apresentava estádios de desenvolvimento de concepção, formulação e implementação de políticas públicas. Assim, são também diferentes a velocidade e os ritmos do processo de descentralização.

No Estado do Rio de Janeiro, o desenvolvimento das políticas de descentralização foi consolidado com a institucionalização do SUDS. O governo estadual desse período (1987/1990) procurou mudar o eixo da condução da política no sentido da retomada do estado como centro das transformações da política de saúde¹⁰⁴.

4.5.1 Análise da implantação do SUDS por nível de governo

4.5.1.1. Estado do Rio de Janeiro

A Secretaria de Estado de Saúde, ainda na vigência das AIS, introduziu mudança em sua estrutura organizacional com intuito de se adequar às novas atribuições e ao seu novo papel na condução da política de saúde nos limites territoriais do estado¹⁰⁵.

Em 1989 a nova estrutura se consolidou através do Decreto nº 12.186/89 do Governo do Estado. Nele foram criadas as Superintendências de Serviço de Saúde e de Saúde Coletiva para execução das atividades-fim; Superintendências de Planejamento, de Orçamento e de Finanças, para a programação e gestão dos recursos financeiros; Superintendências de Administração de Desenvolvimento de Recursos Humanos, para aquisição e suprimento de insumos e gerência de recursos humanos; a Subsecretaria de Assuntos do Interior, também conhecida como a Subsecretaria de municipalização, cuja finalidade foi a condução estratégica da municipalização. A Subsecretaria de Saúde ficou com atribuição de coordenar as ações de toda a SES. A secretaria voltou-se para atuação de coordenação e controle, diminuindo gradativamente as ações de saúde diretas sobre os municípios.

¹⁰⁴O corpo dirigente do novo governo na área de saúde foi formado por técnicos oriundos do projeto Niterói, da Direção Geral e da Superintendência Regional do INAMPS, desta forma comprometidos com o projeto político da Reforma Sanitária, desde a introdução das Ações Integradas de Saúde no estado.

¹⁰⁵Vale lembrar que a SES, até então, desempenhava o papel de vigilância sanitária e epidemiológica, apesar de, também, manter em funcionamento unidades hospitalares de cunho assistencial-curativo, localizadas em sua maioria no Município do Rio de Janeiro.

No processo de reestruturação central, dentro do espírito da municipalização, o estado tomou duas outras decisões importantes. Extinguiu as coordenadorias regionais de saúde, repassando suas atribuições para os municípios. E delegou para os municípios as atribuições das chefias de medicina social do INAMPS, aprofundando os passos político-administrativos rumo à municipalização e ao comando único.

Essas mudanças foram acompanhadas de assessoramento técnico da SES, que em convênio com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), procurou municiar os quadros técnicos dos municípios para que eles pudessem absorver as novas atribuições.

Entretanto a estadualização proposta pelo SUDS apresentava dois novos desafios para a conformação de novo papel do estado no interior da política de saúde: conduzir a política de regionalização e estabelecer relação com os prestadores privados. Cabe salientar que o primeiro desafio não fazia parte de sua história, uma vez que não coordenava as ações de assistência preventiva e curativa, bem como não fazia trabalho integrado entre todas as instituições que prestavam serviços de saúde pública. O segundo era responsabilidade da Previdência, através de sua superintendência e das chefias de medicina social dos municípios.

Para superar os desafios ligados à relação com o setor privado na saúde, o Estado, no primeiro momento, reviu e atualizou procedimentos de controle e avaliação vigentes no INAMPS, e a programação e orçamentação dos convênios com entidades filantrópicas; reformulou o fluxo de faturamento e ordenação de despesas, padronização de documentos de controle físico-financeiro da produção de serviços e na implantação de instrumentos específicos para gestão do atendimento de alto custo - muito embora os contratos e convênios firmados com o INAMPS continuassem vigindo e nunca terem sido substituídos e/ou atualizados pela SES.(LEVCOVITZ *et alii*, 1994).

No momento seguinte, em 1989, delegou para as Secretarias Municipais de Saúde, que tinham aderido ao SUDS, as funções de relacionamento com o setor privado e filantrópico¹⁰⁶.

As unidades do estado e aquelas federais estadualizadas foram transferidas para os municípios. Os municípios absorvem outras tarefas: aquisição e provisão de bens, insumos e equipamentos, reforma e recuperação física, indicação dos dirigentes, administradores e responsáveis por essas unidades, e a gerência do pessoal estadual e federal que exercia suas funções nessas unidades.

No âmbito estadual, permaneceram as unidades hospitalares gerais, especializadas e de referência, em sua grande maioria localizada no Município do Rio de Janeiro e aquelas unidades integradas pertencentes ao Plano Especial de Saúde da Baixada¹⁰⁷.

Contudo, embora essas decisões tivessem contribuído para favorecer os sistemas de saúde locais, elas não foram tomadas a partir de um plano estadual de saúde. Foram medidas que visaram o estímulo e o fortalecimento dos municípios como gestores das ações de saúde, sem, no entanto, configurar atos para integração, hierarquização e estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência.

Apesar dessa constatação, alguns ensaios coordenados foram feitos. No plano das ações pontuais, iniciou-se a conformação dos sistemas estaduais de controle de infecção hospitalar, saúde mental e emergências, dando os primeiros passos para o que hoje veio a configurar-se nas câmaras técnicas. Ainda no

¹⁰⁶Recepção, revisão, ordenamento do pagamento de faturas ambulatoriais, radiológicas, laboratórios e outros serviços auxiliares de diagnose e terapia, bem como as autorizações para internação hospitalar (AIHs). A função de envio, recolhimento dos documentos dos hospitais, supervisão, auditoria e encaminhamento para processamento na DATAPREV, passou a ser de responsabilidade dos municípios.

¹⁰⁷Somente os hospitais estaduais Ferreira Machado, em Campos; Sanatório Alcides Carneiro, em Petrópolis; Maternidade de Nova Friburgo, em Nova Friburgo e os hospitais Psiquiátrico de Jurujuba e o pediátrico Getúlio Vargas Filho, ambos em Niterói, foram municipalizados

plano das ações pontuais, a que mais avançou, constituindo-se no que é hoje o Sistema Estadual, foi a política adotada para o sangue em todo estado.

O crescimento das atividades e responsabilidades do Instituto Estadual de Hematologia, hospital de referência para o Sistema Estadual do Sangue, mobilizaram a Sociedade de Amigos do Hospital, tornando necessária a construção de organização compatível com o atendimento das crescentes necessidades daquela unidade. Assim, foi criada a Fundação Pró-Instituto de Hematologia (FUNDARJ), que se propunha estatutariamente a “colaborar pelos meios adequados com o Instituto de Hematologia, com as instituições educacionais, universidades, instituições públicas e privadas em programas de desenvolvimento tecnológico, ensino, pesquisa e assistência na área do sangue e correlatos” (Relatório de Gestão, SES-RJ, 1988-1990).

No plano mais abrangente, as reivindicações do movimento social veiculadas pelos Conselhos Comunitários de Saúde na Baixada Fluminense em busca de melhoria das condições de saúde da população, já vinculadas ao programa SOS Baixada, do governo anterior, fizeram o estado incorporar a execução do programa que estava sendo gestado na Superintendência Regional do INAMPS, que veio se tornar o programa microrregional chamado Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB).

O PESB¹⁰⁸ criou unidades de assistência ambulatorial e hospitalar de curta duração. Eram unidades mistas com emergência, ambulatório, laboratório de análises clínicas e radiologia que funcionavam 24h por dia, com adscrição de clientela e quadro técnico para dar assistência integral à população da Baixada Fluminense.

Esse programa deu o salto de qualidade na relação do setor público de saúde com seus usuários com criação dos Conselhos Gestores de cada unidade.

Eram conselhos com caráter deliberativo constituído pelo diretor e administrador da unidade, coordenadores do ambulatório e da emergência, representantes dos funcionários e da comunidade¹⁰⁹.

Segundo Hésio Cordeiro e Eduardo Costa¹¹⁰, tratava-se do embrião do Programa de Saúde da Família. O objetivo foi construir as unidades, colocá-las em funcionamento e, após definição do modelo assistencial dos municípios da Baixada, municipalizar e integrar essas unidades às Secretarias Municipais de Saúde¹¹¹.

Não havia por parte das secretarias de saúde dos municípios da Baixada Fluminense a compreensão e muito menos adesão completa ao SUDS, conseqüentemente, não estavam preparadas para dar continuidade ao PESB¹¹²..

Numa relação inovadora com o setor privado, o governo realizou convênios com a Shell e a Petrobrás para a construção e equipamento de unidades assistenciais na região metropolitana, em troca da concessão de instalação de postos de gasolina. As dez unidades do convênio foram distribuídas nos municípios de Nova Iguaçu (5), São João de Meriti (1), Duque de Caxias (2), Itaguaí (1) e Magé (1)¹¹³.

Quanto aos recursos humanos foram confeccionados convênios de cooperação técnico-científica com diversas instituições: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), Legião Brasileira de Assistência (LBA) e o Instituto de Ação

¹⁰⁸Ele foi viabilizado através da admissão do pessoal pelo Instituto Vital Brazil, solução adotada para contornar a impossibilidade momentânea de contratação por concurso público pela administração direta.

¹⁰⁹Os Conselhos Comunitários e Associações de Moradores da Baixada reuniam-se, periodicamente, com a finalidade de acompanhar e analisar o desempenho e desenvolvimento do programa.

¹¹⁰Entrevista com Eduardo Costa e Hésio Cordeiro.

¹¹¹Entretanto, a crise financeira do estado e a conseqüente retração de recursos para SES não possibilitaram dar prosseguimento ao programa. Nessa ocasião tais unidades são municipalizadas. A baixa capacidade política de investimentos dos municípios, dependentes do INAMPS e o *lobby* do setor privado local, principalmente aqueles ligados aos laboratórios de análise clínica, contribuíram para que se dificultassem as absorções e a garantia de funcionamento dessas unidades pelas prefeituras.

¹¹²Grande parte dessas unidades, após municipalizadas, passaram a funcionar como serviço de pronto-atendimento

¹¹³Outro investimento na região foi a proposta de construção de dois hospitais gerais para Saracuruna, em Duque de Caxias, e outro em Queimados, porém as obras não foram sequer iniciadas.

Cultural (IDAC), vinculado ao Conselho Estadual dos Direitos da Mulher. Esses convênios visavam à melhoria na formação e no aperfeiçoamento do quadro de pessoal.

No Município do Rio de Janeiro cria-se a Escola Técnica de Formação de Nível Técnico, com o objetivo de formar e aperfeiçoar servidores técnicos de nível médio na área da saúde do estado. A política de descentralização permitiu o aparecimento de núcleos avançados de formação de nível técnico em alguns municípios¹¹⁴.

As mudanças operadas pela secretaria evidenciaram a necessidade de reorganizar e atualizar as bases de dados originadas das várias instituições e a adequação das normas técnicas vigentes, com o objetivo de capacitar os gestores estaduais e municipais ao pleno exercício de suas funções, mantendo-os permanentemente atualizados na sua área de atuação.

Assim, foi criado o Programa de Reorganização e Descentralização do Sistema de Informações Gerenciais, Assistenciais e Epidemiológicas. Foram desenvolvidos os sistemas de programação e acompanhamento orçamentário-financeiro; gestão do Fundo Estadual de Saúde; banco de dados SAMHPS/AIH; informações e controle da assistência ambulatorial; assistência aos renais crônicos; dados epidemiológicos e vigilância sanitária; levantamento qualitativo de pessoal de área de saúde; mortalidade; AIH-Próprios; avaliação de cobertura vacinal e serviços produzidos - públicos.

O estado assumiu o comando político das ações, a CIS passou a trabalhar de forma mais organizada, com planejamento e programação, iniciando alguma discussão de política regional, sem, no entanto, conseguir colocá-las em prática.¹¹⁵

¹¹⁴ SANTOS, Maria Manoela. *Op. cit.*

¹¹⁵Na grande maioria das vezes, suas resoluções giravam em torno de distribuição de cotas de AIH, com os acertos necessários entre os municípios, principalmente aqueles de referência regional.

O MEC, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o COSEMS, a Federação das Misericórdias e a Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro passaram a membros da CIS e possibilitaram melhor representação política no estado, expressando com maior realidade todos os prestadores de assistência do estado¹¹⁶.

Entretanto as mudanças esbarravam nos processos burocráticos centralizados de Governo do Estado, como a adoção da caixa única da Secretaria de Estado de Fazenda. Para vencer esses obstáculos, simplificar a gestão e dotar a SES de maior autonomia, foi criado o Fundo Estadual de Saúde. Os mecanismos burocráticos de gestão e de aquisição de insumos não facilitaram, na prática, a vida das unidades.

Ainda no âmbito da política de descentralização, desburocratização e simplificação da SES foram criados em conjunto com a Secretaria de Estado de Planejamento e Secretaria de Estado da Fazenda normas específicas de gestão para o nível local, o que veio a se chamar Rede-FES ou Fundo Rotativo de Unidades Assistenciais¹¹⁷.

A Programação-Orçamentação Integrada (POI) promovida pelo INAMPS, através do SUDS, introduziu novo relacionamento com o Governo Federal e possibilitou sua instrumentalização técnica para a estruturação e consolidação das redes municipais.

A receita própria do Estado, muito embora tenha aumentado de 2,4% para 3%, estava comprometida exclusivamente com o pagamento de pessoal. No início da gestão, durante o SUDS, houve a confecção de plano de cargos e

¹¹⁶Vale lembrar que o Município do Rio de Janeiro, embora sem estar descentralizado, participava das decisões políticas, uma vez que representava parcela expressiva da população do estado, bem como pela qualidade e complexidade da rede de serviços públicos das três esferas de governo nele existentes.

¹¹⁷ O fundo rotativo tinha como objetivo capacitar gradualmente as unidades para operação dos procedimentos de compra, contratação e administração orçamentário-financeira, cujo produto final seria transformá-las em instâncias gestoras autônomas de recursos, sob o comando e ordenação de despesas da direção da unidade.

salários para os servidores, representando aumento significativo na folha de pagamento da saúde.

Ao final desse período, foi elaborada a Proposta Básica para o Plano Diretor do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, em que se propunha a reordenação dos serviços de saúde do estado “de acordo com o modelo assistencial assentado nos conceitos de regionalização e hierarquização da rede” (RELATÓRIO DE GESTÃO, SES-RJ, 1988-1990).

Essa proposta pretendia equacionar os nós críticos na confecção do Sistema Estadual de Saúde. Estava prevista vinculação gerencial de unidades federais e estaduais, implementação de Sistemas Integrados e Institutos de Referência, relacionados a grupos populacionais de riscos específicos ou a procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alto custo e complexidade tecnológica, avançando na criação dos Centros Integrados de Diagnóstico (RELATÓRIO DE GESTÃO, SES-RJ, 1988-1990).

As unidades caracterizadas como de referência ou hospitais de pacientes crônicos ficariam sob subordinação do estado. Assim, passariam para o estado: quatro hospitais do INAMPS, dois do Ministério da Saúde, quatro da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e permaneceriam os seis da SES. Os hospitais gerais do estado passariam para a SMS do Rio de Janeiro e os hospitais de pacientes crônicos do Ministério da Saúde seriam repassados para o estado. Assim, foram estadualizados os hospitais do INAMPS e transformados em Institutos.

Embora considerado pelos críticos como medida precipitada, foi importante passo para iniciar o repasse de unidades federais localizadas no Município do Rio de Janeiro para o estado. Entretanto as dificuldades no cumprimento dos repasses financeiros realizados pelo Governo Federal fizeram

com que esse passo não tivesse o sucesso desejado e essas unidades acabaram por ser devolvidas ao Governo Federal em 1993.

Quanto às demais propostas do Plano Diretor, não obtiveram as condições políticas necessárias para concretização das ações, impossibilitando o não cumprimento dos acordos para os repasses financeiros imprescindíveis à estadualização e municipalização contidas no documento.

4.5.1.2. Município do Rio de Janeiro

O Município do Rio de Janeiro não foi descentralizado. As unidades hospitalares do estado e do Governo Federal (INAMPS e Ministério da Saúde), inclusive os PAMs, não foram repassadas para o município, mantendo a complexidade da assistência, sem qualquer articulação ou integração no plano da políticas mais abrangentes entre as três esferas de governo.

Entretanto as discussões nos Grupos Executivos Locais (GEL) e nas Comissões Executivas de Área de Planejamento (CEAP) permaneceram e possibilitaram que, em algumas Áreas de Planejamento, como a AP4 (Jacarepaguá e Barra), se confeccionassem planos de saúde regionais, com discussão e participação das três esferas de governo e da comunidade local, ainda que sem ação prática efetiva e conseqüente repercussão na dinâmica da prestação de assistência do município.

Apesar de participar das discussões e decisões políticas na CIS, o Município do Rio de Janeiro manteve sempre relação de distanciamento com o estado. As questões relativas à presença das unidades estaduais eram

resolvidas de forma pontual e, em geral, reportadas às decisões do Grupo Executivo Local e da CIMS-RJ¹¹⁸.

A relação formal se dava em linha direta com o Governo Federal. É nesse período que a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro realizou convênio com o INAMPS para complementação de pessoal. Este convênio possibilitou lotação de médicos e enfermagem nas unidades do INAMPS, dado que a conjuntura política impossibilitava a confecção do concurso público no nível federal. A Prefeitura realizou concurso, contratou e lotou os profissionais nas unidades do INAMPS, remunerando-os com os recursos repassados pela Previdência.

Essa relação, que começou no Governo Saturnino Braga (1985-1988), se encerra no governo seguinte, do prefeito Marcello Allencar (1989-1992). O Governo Federal não honra os compromissos assumidos no convênio¹¹⁹, deixando de repassar os recursos acordados. O prefeito denuncia o convênio e utiliza os profissionais lotados no INAMPS nas unidades do próprio município.

4.5.1.3. A esfera federal

Na esfera federal, o INAMPS viveu dois momentos bastante distintos. O primeiro, durante a gestão de Hésio Cordeiro na Presidência do INAMPS (1985-1988). Era momento de consolidação das AIS e, posteriormente, o SUDS. A Superintendência Regional do INAMPS é extinta e criada a Coordenação de Cooperação Técnica e Controle.

No Rio de Janeiro, ao contrário de outros estados, essa coordenação não ficou com o Secretário de Estado de Saúde. Esta decisão foi justificada pela

¹¹⁸. Instituto Estadual de Doenças do Coração “Nelson Botelho Reis” (Hospital de Cardiologia de Laranjeiras), Instituto Estadual de Cirurgia “Carlos Gentile de Mello” (Hospital de Ipanema), Instituto Estadual de Saúde “Juscelino Kubitschek de Oliveira” (Hospital dos Servidores do Estado) e Instituto Estadual de Traumatologia-Ortopedia “Dr. Mário Jorge” (Hospital de Traumatologia-Ortopedia).¹¹⁹ Exemplo dessas ações/decisões foi a utilização de parte dos leitos do Hospital Estadual Santa Maria, unidade de fisiologia da AP4, como leitos de apoio aos hospitais gerais no tratamento a pacientes terminais e pós-cirúrgicos.

existência, no estado e, em particular, no Município do Rio de Janeiro, de complexa rede de unidades (PAMs e Hospitais) que consumiam (e ainda consomem) valores (excluídas as despesas com pessoal) que correspondiam a aproximadamente 70% de todos os recursos repassados ao estado para o gerenciamento de toda rede (própria e transferida).

Assim, o cargo de coordenador foi ocupado por outro técnico, possibilitando a existência de um cargo federal como forma de resolver disputas político-partidárias que se seguiram à reestruturação da composição político-federal no apoio aos cinco anos de mandato presidencial.

Apesar dessa peculiaridade, os avanços técnicos e políticos foram acontecendo, como já relatado anteriormente, embora as unidades no Município do Rio não estivessem aderido ao SUDS até 1988, quando as relações com a Previdência se modificam.

O segundo momento, quando houve recentralização na gestão do INAMPS: o novo coordenador e o novo presidente do INAMPS, fruto das mudanças no plano nacional, assumiram a condução técnica e política das unidades próprias do INAMPS, com conduta independente, dificultando as tarefas de integração e descentralização das ações.

Quanto ao Ministério da Saúde, não houve grandes avanços. Entretanto iniciou-se a discussão do funcionamento da maternidade e da criação de serviço de emergência no Hospital Rafael Paula de Sousa (Curicica), fruto das decisões da Comissão Executiva de Área de Planejamento (CEAP) e do Grupo Executivo Local (GEL) da região (Barra e Jacarepaguá).

¹¹⁹No Governo Federal há saída de Hésio Cordeiro da Presidência do INAMPS e de Renato Acher do MPAS.

4.5.2. Resultados do SUDS e a não integração da rede de saúde do Município.

Esse intervalo histórico foi marcado por quatro aspectos que se destacam. O primeiro se refere à efetiva condução política do estado na área de saúde. A chegada de técnicos à secretaria com maior vinculação à proposta ditada pelo Governo Federal (com apoio dos governadores) e a decisão de governo de dirigir as ações de saúde no estado propiciaram a confecção de nova roupagem para a secretaria. A chegada desses técnicos, com a eleição da maioria dos governadores do PMDB em todo país, em pleno plano cruzado, fez com que alguns críticos ao processo de descentralização em curso e ao SUDS, em particular, classificassem-no como o Plano Cruzado da Saúde¹²⁰, numa referência à possível interferência do Governo Federal nas políticas estaduais.

O segundo aspecto se trata da antecipação e consolidação do processo de municipalização, quando o estado gradativamente vai deixando de ser executor para assumir as ações mais ligadas ao planejamento, programação, avaliação e controle, embora as ações de saúde do estado no Município do Rio de Janeiro permaneçam inalteradas. As unidades estaduais do interior foram repassadas para os municípios, bem como as atividades desenvolvidas pelas coordenadorias regionais de saúde e chefias de medicina social. Essas ações configuraram importante passo para a descentralização e mudança dos papéis das instâncias estadual e municipal de poder no campo da saúde. As discussões iniciadas na confecção da Proposta Básica para o Plano Diretor do Sistema Único de Saúde não avançaram, apesar de apontar soluções técnicas que possuíam potencial de resolução para trabalho integrado e comando único.

O terceiro se refere ao desenvolvimento de articulação com a sociedade para o exercício do controle social das ações de saúde. No âmbito restrito do Plano Especial de Saúde da Baixada, a criação dos conselhos diretores das unidades com prestação de conta aos Conselhos Comunitários de Saúde tivesse

¹²⁰Eduardo Costa, em artigo não publicado: "SUDS o cruzado da Saúde".

revelou o crescimento e o amadurecimento do poder público nas relações com a sociedade.

O quarto aspecto foi o fato das relações do Município do Rio de Janeiro com as outras instâncias governamentais permanecerem inalteradas. O município, com sua rede complexa, manteve postura auto-referida, regionalizando-se internamente. Alguns ensaios de integração foram realizados através de suas regionais, dos Grupos Executivos Locais e Comissões Executivas de Áreas de Planejamento. Contudo, não caminharam para municipalização das unidades federais e estaduais localizadas no município, como também não avançaram na proposta do comando único. Esse posicionamento não era novo e vem se mantendo desde o advento da fusão dos dois estados (Guanabara e Rio de Janeiro), o que remete à necessidade de discussão mais aprofundada das relações federativas e os mecanismos de transformação de federalismo centralizado para o cooperativo.

As relações que se estabeleceram entre o ex-Estado (Município do Rio de Janeiro) com o Governo Federal e o novo estado (Rio de Janeiro) produziram diferencial adicional nas relações intergovernamentais. Não foi por outra razão que ocorreu a relação direta do município com o Governo Federal no convênio entre o INAMPS e a Prefeitura do Rio de Janeiro para reposição de pessoal das próprias unidades federais, sem a participação do estado, mesmo que considerando a autonomia dos municípios em suas políticas.

Entretanto, apesar de limitar suas atividades ao interior, o Estado realizou o Programa Especial de Saúde da Baixada, onde iniciou discussão de novo modelo assistencial para os municípios da região e apresentou nova forma de relacionamento entre os profissionais das unidades do programa com a população. Foi o primeiro ensaio de política estadual, de fato, coordenado pelo estado.

Esse programa microrregional, no entanto, não encontrou os municípios da região estruturados para absorção dessas unidades, e, muito menos, na mudança do modelo assistencial proposto. As razões do insucesso foram variadas, mas a questão de fundo foi as difíceis relações que se estabeleceram entre instâncias governamentais autônomas, principalmente nos municípios e nas regiões de grande complexidade.

Cabe destacar o esforço na construção da nova SES. Embora, ainda sem política estadual definida e sistema formalmente montado, foram criadas as bases para posteriores avanços, tais como os diversos sistemas de informações, a ampliação da representação política da CIS, as diversas atuações no campo do desenvolvimento de recursos humanos, o programa especial de saúde da Baixada, a estadualização dos hospitais do INAMPS e o sistema estadual do sangue.

Apesar das dificuldades no campo federativo, nas difíceis relações com o Município do Rio de Janeiro, foi no período considerado que foram criadas bases técnicas facilitadoras para as decisões políticas no plano regional.

4.6. SUS estadual: municípios se organizam sem comando regional (1991/1994).

O período de 1991 a 1994 foi marcado por importantes mudanças nas três esferas de governo. No plano federal, o governo adotou nova postura para as políticas públicas, em particular, na saúde, produzindo reflexos na sua representação estadual.

O executivo estadual substituiu seus secretários de Saúde em três oportunidades¹²¹, motivado pela necessidade do governador manter base parlamentar na Assembléia Legislativa e conseqüente aprovação de projetos e

decisões considerados, por ele, prioritários. Assim, tratando a Secretaria de Saúde como pasta passível de negociação, o estado ficou em posição distanciada das discussões em curso. Momento em que a Saúde estadual foi alvo de acusações, desde o descaso com a assistência até desvios administrativos de ordens diversas.

Os municípios participaram do processo de descentralização aprofundando suas atribuições, criando formas alternativas de atuação na assistência, lutando pela distribuição de tetos ambulatoriais e cotas de AIH mais realistas, e fortalecendo o papel do COSEMS junto a CIS e, posteriormente, a Comissão Bipartite. Foi momento de afirmação da política de municipalização, em que a atuação dos Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde, em defesa de seus interesses, representou o contraponto às resistências à descentralização.

O Município do Rio de Janeiro seguiu uma linha de atuação própria, regionalizando-se e, no final do período, participando mais ativamente das discussões sobre sua municipalização, abrindo perspectiva de acolhimento de unidades estaduais e federais residentes em seu espaço territorial.

As mudanças realizadas pelo Governo Federal na modalidade de financiamento para a Saúde acarretaram grande redução dos recursos repassados aos municípios. A base de cálculo para o teto orçamentário ambulatorial¹²² produziu uma queda significativa no orçamento dos municípios, dificultando sua adequação à realização de novas funções.

Os repasses financeiros passaram para modalidade pós-pagamento, introduzindo a remuneração por produção de serviços, bem como foi unificando os valores da tabela para remuneração dos convênios públicos e privados.

¹²¹Os Secretários de Estado de Saúde durante a gestão do Governador Leonel Brizola (1991/1994) foram: Pedro Gomes Valente (1991/1992), Luiz Cadorna (1992/1993) e Astor de Mello (1993/1994).

¹²²A média de 3,2 consultas habitante/ano passa para 2 consultas habitante/ano.

Nessa situação, o Estado reduz seu poder de interferência política, passando a ser um mero repassador de tetos ambulatoriais e cotas de AIH, favorecendo o fortalecimento da ligação direta que passou a existir entre o Governo Federal e os municípios.

Essa política, adotada pelo Governo Federal, qualificada como de recentralização, encontrou campo favorável no Estado do Rio de Janeiro, uma vez que a SES teve atuação tímida na política regional. As três instâncias de governo atravessaram esse período com poucas articulações e, assim, se tornaram auto-referidas e, conseqüentemente, se distanciaram do comando único.

Contudo, os espaços políticos conquistados na Constituição de 1988, a municipalização patrocinada pelo SUDS, e as responsabilidades assumidas pelas prefeituras no campo da saúde e assistência médica, possibilitaram a organização dos municípios na defesa de seus interesses, buscando caminhos próprios de articulação intermunicipal.

No plano do controle social, houve retardo na atuação e na operacionalização do Conselho Estadual de Saúde como conseqüência ao questionamento jurídico-político de sua composição quantitativa e qualitativa na Assembléia Legislativa. A solução do impasse ocorreu somente no final de 1991.

4.6.1. Análise da implantação do SUS por nível de governo

4.6.1.1. Estado do Rio de Janeiro

Os passos técnicos e políticos em direção ao Sistema Único de Saúde estavam sendo construídos desde o SUDS. A municipalização adotada com repasse das unidades estaduais e federais para os municípios, a transferência das responsabilidades na relação com o setor privado, o término das

representações regionais, o assessoramento e a formação de novos técnicos, descentralizando vários procedimentos, permitia que o Estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Saúde, tivesse outro perfil de atuação, como dirigente das políticas regionais e condutor dos desafios pertinentes à mudança de modelo.

Entretanto não foi o que ocorreu. No primeiro momento entre 1991 e 1992, a secretaria avança no aperfeiçoamento dos processos políticos e técnicos da descentralização, procurando vencer os obstáculos deixados por retrocessos, tais como o término do PESB, a não concretização da construção dos hospitais de Saracuruna e Queimados e a devolução dos hospitais do INAMPS.

Em outro momento, a partir de 1992, o estado passa por turbulência política, com troca de vários secretários, que dificultaram o acompanhamento do processo, não só nas interrupções produzidas pelas substituições, como também na postura crítica e contrária ao SUS dos novos secretários.

A operacionalização do SUS adotada através da Norma Operacional Básica de 1991 (NOB-91) não deixou claro o papel do estado e facilitou o relacionamento direto dos municípios com o Governo Federal.

No entanto alguns fatos foram relevantes no primeiro ano de implantação do SUS. O fortalecimento do Grupo Socorro de Emergência da Defesa Civil (Corpo de Bombeiros) que passou a trabalhar também no transporte de doentes entre unidades. A vigilância sanitária mudou qualitativamente seu papel, com uma atuação mais vigorosa. Montou-se o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador, do controle da AIDS, fortaleceu-se a política relacionada à saúde mental e mudou-se a forma de atuação do Laboratório Noel Nutels¹²³.

¹²³Entrevista com José Gomes Temporão, Subsecretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro(1991/1992).

Algumas questões delicadas foram enfrentadas. A primeira foi a dificuldade na manutenção dos hospitais do INAMPS estadualizados. A transferência desses hospitais para o estado não foi acompanhada de garantia de repasses financeiros para mantê-los em atividade, bem como não se criaram os cargos de direção necessários para gerência dos mesmos. Essa situação fez o governador do Estado devolvê-los para o Governo Federal, refederalizando-os.

No que se refere aos recursos humanos, esse período foi marcado por êxodo de número expressivo de médicos e demais profissionais de saúde, insatisfeitos com os baixos salários e as condições de trabalho. Eles pediram demissão ou, muitas vezes, simplesmente abandonaram o emprego e/ou agilizaram o processo de aposentadoria. No concurso público realizado em 1991, 80% dos médicos aprovados e contratados abandonaram o serviço público estadual. Dos 354 candidatos aprovados nesse concurso, somente 174 assumem suas funções. A SES viveu época de greves, acusações de maus tratos a pacientes e omissão de socorro por falta de plantonista nas emergências, particularmente nas unidades hospitalares da zona oeste (Relatório de Gestão, SES-RJ, 1991-1992).

A complexidade de se administrar a rede localizada no município, em função dos baixos salários dos servidores, do sucateamento das unidades, manutenção precária por falta de recursos e pouca prioridade política para saúde, fez com que, no primeiro ano de SUS, a SES voltasse sua atuação prioritariamente para a Saúde Pública e para o interior do estado.

Mais uma vez a vocação e a cultura organizacional própria da “velha” Secretaria de Estado de Saúde no Rio de Janeiro, da pré-fusão, prevaleceram e demonstraram que, ao longo dos anos 80 e início dos 90, a velha secretaria resistiu aos processos de mudança e se manteve ainda viva e no centro da política de saúde do executivo estadual.

Os momentos que se seguiram, a partir das mudanças de secretários e a secundarização da saúde nas políticas públicas estaduais, produziram retardo no processo de construção do SUS no Estado.

4.6.1.2. Município do Rio de Janeiro

A estrutura organizacional do Município do Rio de Janeiro avançou dentro do processo de regionalização. Os grupos executivos locais e as comissões executivas de áreas de planejamento transformaram-se em Coordenadoria de Área de Planejamento¹²⁴.

Entretanto, o município não evoluiu no processo de municipalização. Ao contrário dos demais, o controle da rede privada não estava sob sua responsabilidade, bem como não houve absorção das unidades estaduais e federais localizadas no município.

Município de grande porte, complexa rede de assistência pública, não caminhou para se qualificar na gestão semiplena estabelecida pela Norma Operacional Básica de 1993. Entretanto, manteve sua participação nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Bipartite.

4.6.1.3. Demais municípios

A municipalização desenvolvida desde a implantação das Ações Integradas de Saúde e consolidada com o SUDS permitiu o amadurecimento das prefeituras, que, diante das dificuldades trazidas pela redução dos recursos repassados pelo Governo Federal, fortaleceram o papel do COSEMS junto à SES do Rio de Janeiro.

¹²⁴Esse fato foi importante passo na confecção dos distritos sanitários, com manutenção do controle social e da participação da comunidade organizada nas diretrizes regionais.

Houve retardo e posição cautelosa dos municípios em qualificar-se para gestão semiplena. Havia receio que a contrapartida por parte da União e do Estado não fosse cumprida, bem como desconfiança no aprofundamento do desfinanciamento patrocinado pelo Governo Federal¹²⁵.

Quanto aos tetos orçamentários, muitos municípios e o próprio estado apresentaram produção ajustada ao programado, sem demonstrar dificuldades para adequar-se a NOB 91. Enquanto alguns estados lutaram e conseguiram rever seu financiamento, porque permitiram que o teto ambulatorial e as cotas de AIH fossem ultrapassados, o Estado do Rio de Janeiro, aos olhos do financiador, conseguiu administrar as necessidades dentro das normas estabelecidas¹²⁶.

Entretanto, apesar das dificuldades, das desconfianças, e da limitada atuação do estado, os municípios assumiram a assistência à saúde, ampliaram o atendimento ambulatorial, criaram núcleos e coordenadorias de saúde individual e coletiva, formulando propostas de mudança do modelo assistencial. Alguns municípios, como Niterói, por exemplo, começaram a adotar o médico de família como parte do novo modelo.

Quanto à assistência hospitalar, devido à complexidade que lhe é peculiar, as dificuldades foram mais difíceis de serem vencidas. Os baixos valores pagos pelos procedimentos produziram êxodo dos hospitais privados do sistema, gerando complicadores adicionais, e exigindo criatividade e trabalho político dos municípios junto ao COSEMS, ao Estado e Governo Federal para as soluções.

O controle social, através dos Conselhos de Saúde, com a experiência acumulada desde os Conselhos Comunitários de Saúde das AIS, teve papel de destaque na política de saúde local, na construção dos Planos Municipais de Saúde, uma das exigências das Normas Operacionais Básicas 91 e 93.

¹²⁵Em 1997, somente oito municípios estão em gestão semiplena. São eles: Nova Friburgo, Duque de Caxias, Niterói, Volta Redonda, Angra dos Reis, Mangaratiba, Rezende e Itaguaí.

¹²⁶Entrevista com Gilson Cantarino, Secretário Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Niterói e Presidente do CONASEMS

O amadurecimento da participação da população no controle social, através dos Conselhos de Saúde, e desde os Conselhos Comunitários de Saúde, transformou, qualitativamente, a prática da política de saúde em alguns municípios do Estado do Rio de Janeiro, ainda que, em outros tantos, esses conselhos permanecessem reduto de práticas políticas de grupos de interesse.

4.6.1.4. A esfera federal

A esfera federal no Estado do Rio de Janeiro, que já vinha sofrendo retrocesso desde o final do Governo Sarney, permaneceu com conduta inalterada após a posse do presidente Collor.

A política de recentralização adotada nesse governo, com a lógica técnico-política condicionando o financiamento das ações e conseqüente municipalização, aproximou os municípios ao Governo Federal, limitando a atuação do estado e dificultando a adoção do comando único regional.

Os diversos momentos políticos vividos pelo Governo Federal também produziram troca de representantes federais¹²⁷. Somente durante a gestão do ministro Adib Jatene e do Dr. Nildo Aguiar, como seu representante no Estado do Rio de Janeiro, é que a instância federal no estado buscou articulação e trabalho conjunto com os demais níveis de governo.

Foi momento de recuperação das unidades próprias do INAMPS localizadas no Município do Rio de Janeiro e início das discussões para formas alternativas de gestão das unidades hospitalares federais. Assim, o corpo clínico de vários hospitais se mobilizou, na busca de informações, com finalidade de

¹²⁷Os representantes do Governo Federal no Rio de Janeiro no período (1991/1994) foram: Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle - Aparício Marinho e Augusto Franco; Escritório de Representação - Augusto Franco e Nildo Aguiar.

transformar as unidades em fundações ou outras formas mais flexíveis de gestão¹²⁸.

4.6.2. A ausência estadual, O avanço da crise federativa e a deterioração das relações intergovernamentais

A Secretaria de Estado de Saúde atravessou processo de transição entre postura voltada para saúde pública tradicional, que cuidava dos hospitais gerais, especializados e de crônicos, e aquela necessária ao momento de mudança de modelo assistencial, onde o estado deixou de executar ações de atividade-fim e passou para o papel de planejamento, acompanhamento, controle e avaliação de políticas estaduais concretas e, ao mesmo tempo, de assessoramento aos municípios.

Essa fase de transição produziu transferências de unidades e atribuições para os municípios sem que, no entanto, o papel condutor do estado estivesse presente sob a forma de política regional. Contraditoriamente, apesar do avançado processo de descentralização, o Estado do Rio de Janeiro foi visto, no plano nacional, com baixo perfil de municipalização.

Alguns críticos ao atual estágio de descentralização afirmam que, na falta de plano estadual de saúde, ocorreu municipalização desarticulada. As prefeituras, apesar de atuarem na defesa dos interesses dos municípios junto ao COSEMS, partiram em busca de autonomia de ações.

A NOB 93, no Governo Itamar Franco, mudou o rumo político do processo de descentralização. Embora o estado permanecesse sem papel claramente definido, houve avanços para consolidação da municipalização através de

¹²⁸ O processo de descentralização e municipalização das unidades federais foi testada, com a experiência da co-gestão do Hospital Geral de Bonsucesso (GERSCHMAN, 1995). Ele vivenciou experiência de gerência conjunta, com conselho diretor composto por representantes das três esferas de governo. Contudo, as irregularidades e os atrasos nos repasses financeiros do Governo Federal para o hospital contribuíram para o fracasso da tentativa.

passos técnicos em direção à gestão plena (só adotada na NOB 96) e conseqüente término da remuneração por produção de serviços.

O desenho que se formou no plano estadual foi bastante preocupante. A formação de Sistema Estadual de Saúde não ocorre e o estado limitou seu papel à condução de sua rede e à clássica atividade em saúde pública.

O Governo Federal, após o término do INAMPS, em 1993, e conseqüente mudança da Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle para Escritório de Representação do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (ERERJ), adotou posicionamento político auto-referido¹²⁹, sem desempenhar o papel político historicamente desenvolvido de liderança das ações de políticas públicas de saúde no estado.

O Município do Rio de Janeiro manteve-se em linha independente, com o avanço da regionalização interna, porém sem disposição política para assumir o comando único no município sobre as unidades estaduais e federais, nele localizadas¹³⁰. Portanto, sem buscar a gestão semiplena da NOB 93.

O fracasso do PESB, a refederalização dos hospitais estadualizados, e a tímida presença do Estado, além do posicionamento resistente do Município do Rio de Janeiro, colocam em descrédito todo processo de construção do SUS no Estado. A ausência de condução política e liderança federal (como aconteceu nas AIS) ou estadual (como aconteceu no SUDS) fez com que, nas reuniões da Subsecretaria de Assuntos do Interior da SES e da Comissão Bipartite, predominassem as disputas intermunicipais de teto ambulatorial e cotas de AIH, sem preocupação com a confecção de plano micro ou macrorregionais.

A expectativa de atuação efetiva do Conselho de Saúde após Conferência Estadual de Saúde, realizada em 1991, não se concretizou. No campo das

¹²⁹ É importante lembrar que as unidades federais do município do Rio de Janeiro não foram municipalizadas.

relações federativas, a ausência de liderança política na área da saúde, tanto na representação do Governos Federal e como no Estadual, fez com que os municípios, calcados na autonomia de ente federado que lhes conferem as Constituições Federal e Estadual, exercessem seu papel nas políticas municipais de saúde e nas relações e organizações intermunicipais na área de saúde.

Contudo, a organização interna dos municípios e o exercício das relações intermunicipais autônomas não foram suficientes para solucionar os conflitos e as dificuldades próprias dessas relações.

A ausência do estado e do Governo Federal nas políticas públicas do estado e da saúde, em particular, ressaltou a complexidade da construção de federalismo cooperativo, bem como evidenciou, através da saúde, a crise federativa em curso.

¹³⁰Somente em 1996, ocorreu a pré-municipalização dos PAMS, maternidades e da colônia Juliano Moreira.

5. CONCLUSÃO

A análise das mudanças no padrão de governabilidade na saúde do Estado do Rio de Janeiro, nos anos 90, não nos permite chegar a uma única conclusão. O grau de complexidade dos temas abordados indica quatro linhas de reflexão que, embora possuam trajetória lógica própria e, portanto autônoma, guardam interdependência.

Federalismo, descentralização e democratização, por um lado; agenda política e econômica restritiva, impondo limites às instâncias intergovernamentais por outro, gerando conflitos e tensões inerentes a um país construído sob a égide do binômio centralização x descentralização, formam um cenário de alta complexidade, onde a saúde, enquanto política pública, não tem imunidade.

A primeira reflexão se situa na origem da formação do Estado do Rio de Janeiro. Desde o advento da fusão do Estado do Rio de Janeiro com o Estado da Guanabara, que resultou no novo Estado do Rio de Janeiro, o campo da saúde vem apresentando uma nítida separação político-organizacional entre o Município do Rio de Janeiro (ex-Estado da Guanabara) e o restante do estado (antigo Estado do Rio de Janeiro).

A formação da cultura assistencial no campo da saúde foi distinta para um dos estados, trazendo reflexos até a presente data. Após a fusão, a absorção da rede de hospitais que não permaneceram sob a gerência do Município do Rio de Janeiro provocou uma mudança organizacional à qual a cultura institucional vigente, não estava habituada e habilitada, conforme descrito no terceiro capítulo.

O que se viu foi um progressivo sucateamento dessa rede de hospitais e uma Secretaria de Estado de Saúde dividida entre as atividades de assistência

hospitalar e aquelas voltadas para a saúde coletiva, na órbita do sanitarismo, cuidando da prevenção e, como braço executivo do Governo federal, nos programas verticais, sob o comando do Ministério da Saúde. A prioridade sempre pendeu para uma atuação mais voltada para o interior do estado, ou seja, um perfil sanitarista.

A reforma sanitária dos anos 80 e o advento do SUS trouxeram outras atribuições para a SES, que não faziam parte do elenco de suas ações. A municipalização dos centros e postos de saúde deixou a Secretaria de Saúde com responsabilidade da assistência, somente, nos hospitais gerais e especializados.

A nova Secretaria de Estado de Saúde percorre uma história de construção de novo padrão de governabilidade nos anos 90, onde a dicotomia tem outro desafio, que, na palavra dos seus recentes Secretários de Saúde, representa o dilema entre ser gestor de sistema e gerente de rede – portanto, o “peso” da rede de hospitais, se mantém.

Embora essa dicotomia trate de uma falsa questão – uma vez que os estados da Federação devem ter responsabilidade com a assistência direta ao cidadão, sempre que o município não estiver em condições de absorvê-la – e apesar de o Estado do Rio de Janeiro ter investido na assistência, reequipando, terceirizando e também construindo novos hospitais, as direções da Secretaria de Saúde não tratavam o tema com tranquilidade, mas sim como uma obrigação bastante desgastante e árdua e, por vezes, como sendo um grande empecilho para sua organização, enquanto gestora de sistema.

Por outro lado, o Município do Rio de Janeiro seguiu sua tradição assistencial e, no processo de municipalização, absorveu quase a totalidade da

rede federal¹³¹; regionalizou-se, criando seus distritos sanitários¹³²; assumiu o controle da rede privada conveniada ao SUS; habilitou-se na qualidade de gestão plena de sistema da NOB 96, sem, no entanto, receber os hospitais da rede estadual de saúde¹³³.

Do ponto de vista da gerência e da confecção de sistema estadual, como já dito, embora o Município do Rio de Janeiro participe das discussões e debates na CIB, não há uma política voltada para a construção da organização da assistência na região metropolitana. Os municípios da Baixada Fluminense organizaram-se para defesa de seus interesses organizacionais e assistenciais e formaram um bloco político para negociar e pactuar com o município-capital. Entretanto não há, ainda, consolidação política para que possa se transformar em ações concretas.

A limitada presença do Município do Rio de Janeiro nas reuniões do COSEMS e o argumento de que sua presença poderia alterar o equilíbrio da balança política entre os municípios, pelo seu potencial político, técnico e tecnológico, reforçam a distância que existe entre o município-capital, os demais municípios e o Estado do Rio de Janeiro.

Essa reflexão nos leva a um outro debate do campo federativo, ainda que limitado ao campo da saúde. Se avaliarmos os pressupostos apresentados por FIORI (1995) e STEPAN (1999), no primeiro capítulo, no que se refere às relações intergovernamentais entre o Município do Rio de Janeiro e o Estado do Rio de Janeiro, observa-se que: não há evidências da existência de uma razão sólida para que se mantenham unidos; não há complementaridade, porque são desiguais, mas não são capazes de realizar trocas¹³⁴; há um forte poder político,

¹³¹ Não foram municipalizados o INCA, o Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, O Hospital de Traumatologia-ortopedia, Hospital Geral de Bonsucesso e o Hospital dos Servidores do Estado.

¹³² Os distritos sanitários do Município do Rio de Janeiro têm o nome de Coordenadoria de Área Programática.

¹³³ Hospitais que lhes pertenciam, quando era Estado da Guanabara.

¹³⁴ Neste caso, é somente o Município do Rio de Janeiro que tem oferta e resolução. Os demais municípios são dependentes da capital

técnico e econômico do Município do Rio de Janeiro que possibilita imposição e subordinação; e não há evidência de vínculos.

Quanto aos mecanismos compensatórios fiscais entre o Estado e o Município do Rio de Janeiro, no campo da saúde, eles não existem. O Estado do Rio de Janeiro, ainda que tenha liberado recursos para a confecção dos consórcios, não financia o sistema saúde para os municípios. Como se sabe, os recursos são federais e repassados sob a modalidade de transferência negociada, através de convênios e normas operacionais. Portanto, pode-se dizer que há um “convívio federativo” entre Estado do Rio de Janeiro e o Município do Rio de Janeiro, porém está distante o exercício da cooperação entre essas instâncias federadas no campo da saúde.

Esses elementos de análise informam as dificuldades e os reais desafios na confecção de um Sistema Único Estadual. A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, nos últimos 7 anos, vem se desenvolvendo e se aperfeiçoando técnica e politicamente para suas novas funções. Entretanto, os avanços, até o momento, estão voltados para a organização do sistema no interior do estado, estimulando e financiando a formação dos diversos consórcios, na construção de alguns hospitais municipais e regionais, com perspectiva de municipalização e na construção do plano estadual de regionalização.

A segunda reflexão se situa no campo do financiamento e do gasto em saúde, dentro de um processo de restrições e de limites na possibilidade de endividamento, e conseqüente dificuldade de investimento, impostos aos estados federados.

Como já dito, há um paradoxo entre a agenda econômica de flexibilização e corte de gastos, por um lado, e o fortalecimento do papel do Estado em suas funções reguladoras e reordenadoras dos sistemas de provisão de serviços, por

outro. O Sistema Único de Saúde, tal como está definido na Constituição Federal e na Constituição Estadual do Rio de Janeiro é, na sua essência, universalizante, e sua implementação exigiu das instâncias governamentais o exercício da negociação, da pactuação e da cooperação.

Durante a última década, o aperfeiçoamento das relações federativas entre o Governo federal e as demais instâncias de governo levou à confecção das várias Normas Operacionais Básicas. Foi um exercício de aperfeiçoamento crescente de ordenamento dos recursos federais para assistência e de indução para outra modalidade governança na saúde, e contou com a adesão de municípios e estados. Pode-se afirmar que nesse jogo de gasta, limita, reduz e organiza, o produto final, no campo da saúde, tem sido a consolidação e estabilidade dos rumos da transformação das políticas de saúde ocorridas nessa década.

Desde a promulgação da Constituição de 1988, passaram-se quatro governos federais, três Presidentes da República¹³⁵ (no Rio de Janeiro, três governos distintos¹³⁶), diversas conjunturas de crise econômica, planos de estabilização, culminando com o Real. A política de saúde segue uma trajetória ascendente de aperfeiçoamento do papel de cada instância de governo, das formas de financiamento, do modelo assistencial adotado e do amadurecimento das relações federativas.

Dois fatores ajudam a entender a afirmação. O primeiro é a manutenção de um quadro técnico de nível central e intermediário nas três esferas de governo, que pouco se alteraram, apesar das mudanças de Ministro, no plano federal e de Secretários, no plano do Estado do Rio de Janeiro. O mesmo vem ocorrendo com número crescente de prefeituras. O segundo fator é a profissionalização dos quadros dirigentes e técnicos dos diversos níveis da burocracia das Secretarias Estaduais e Municipais e do Ministério da Saúde,

¹³⁵ Fernando Collor de Melo, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso

através do aperfeiçoamento da qualificação dos gestores, assessores e técnicos, pelas instâncias de desenvolvimento de recursos humanos do Ministério da Saúde, dentro de seu perfil estratégico, e da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Tais fatores permitiram que, através da Subsecretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento, o Estado do Rio de Janeiro organizasse três centros estratégicos para o sistema: Centro de Informações em Saúde, Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Centro de Programação de Saúde.

A terceira reflexão se situa na ampliação dos limites do campo da saúde e a necessidade de se construir uma nova agenda para a Secretaria de Estado de Saúde. São dois eixos temáticos que fazem parte desse novo momento. O primeiro trata da promoção de saúde, cujo tema aborda a melhoria contínua da qualidade de vida do cidadão. E, na segunda, são as finanças, a partir do advento da Lei de Responsabilidade Fiscal.

A necessidade de iniciar parceria e trabalho cooperativo com outras secretarias do governo, no âmbito restrito da melhoria da qualidade de vida, apresenta também dois desafios. O primeiro se situa no âmbito da própria secretaria, uma vez que, ainda, possui uma cultura predominantemente assistencialista. O segundo será conviver com outras instâncias de governo em estágios de organização, habilidades, história e cultura diferentes da saúde, tanto do ponto de vista da burocracia interna, como na prática das relações intergovernamentais setoriais.

No que se refere às relações com a Secretaria de Estado de Fazenda e seus órgãos e mecanismos de controle os desafios são da mesma natureza: adequar os processos internos gerenciais e financeiros, buscando resguardar a

¹³⁶ Leoel Brizola, Marcelo Alencar e Anthony Garotinho

autonomia setorial conquistada, reconhecendo as especificidades, a cultura e as práticas diferentes, quando comparadas com a saúde.

Esta reflexão vislumbra a necessidade de participação decisiva e efetiva do Governador e do Prefeito nas decisões e na mediação intersetorial, no interior do governo, deixando, assim, a Secretaria de Estado de Saúde de caminhar construindo sua própria política, ainda que sob o aval do chefe do Executivo.

A quarta reflexão se refere à criação, pelo governo central, de padrões nacionais de saúde, na ótica do debate colocado por FRANCE (2001), no primeiro capítulo. A debilidade financeira dos estados e municípios, e com isso a necessidade e a dependência de recursos federais, associadas à tradição histórica das políticas assistenciais coordenadas pelo Governo federal, através do Ministério da Saúde e pela Previdência, favorecem a construção de padrões nacionais de saúde, coordenados pelo Governo federal. No Estado do Rio de Janeiro, essa construção política e técnica é facilitada pelo passado sanitarista do antigo estado do Rio de Janeiro.

Portanto, essas reflexões nos informam que os padrões de governabilidade na saúde nos anos 90, avançando no século XXI, apresentam tamanhos variados de complexidade temática, cuja resolução não está restrita ao setor saúde, tendo forte dependência da história política e social regional e local.

Entretanto, passada uma década de construção de uma política nacional de saúde, financiando recursos e induzindo modelos, associada às disparidades regionais e intermunicipais, na compreensão e na condução de políticas próprias de saúde, é possível afirmar que a política de saúde caminha, solidamente, para se tornar de responsabilidade central, com execução e adequação regional e local.

ENTREVISTAS.

- 1) Anamaria Schneider: Secretária Municipal de Rezende. (Desde 1907)
- 2) Eduardo Costa: Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1983/1986).
- 3) Felipe Cardoso: Primeiro Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (1975/1978). Subsecretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1989/1990).
- 4) Frederico Caixeiro: Subsecretário da Secretaria de Estado de Saúde em 1998.

Coordenador de Desenvolvimento Tecnológico das Subsecretaria de Planejamento da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1995/1997)
- 5) Gilson Cantarino O' Dwyer: Secretário Executivo da CIMS- Niterói, Secretário de Saúde da Prefeitura Municipal de Niterói e Presidente do CONASEMS. Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1998/2002)
- 6) Hésio Albuquerque Cordeiro: Presidente do INAMPS (1986/1988).
- 7) José Carvalho Noronha: Secretário Executivo da CIMS do Rio de Janeiro, Chefe de Gabinete e Secretário de Medicina Social da Direção Geral do INAMPS (1985/1987). Secretário de Estado de Saúde (1987/1989).
- 8) José Gomes Temporão: Secretário de Planejamento da Direção Geral do INAMPS (1985/1988) e Subsecretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1991/1992).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFFONSO, R.B.A., 1995. A Federação no Brasil: Impasses e Perspectivas. in: A Federação em Perspectiva - Ensaios Seleccionados (Affonso & Barros Silva, org), p.57-76, São Paulo: FUNDAP

_____, 1997. Os Estados e a Descentralização no Brasil. Projeto Regional de Descentralización Fiscal CEPAL/GTZ. Série Política Fiscal nº 93

ALMEIDA, M.H.T., 1996. Federalismo e Políticas Sociais. Federalismo no Brasil - Descentralização e Políticas Sociais, São Paulo: FUNDAP, p 13-40.

_____, 2001. Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: Idéias, Hipoteses e Evidências. BIB, n.º 51, São Paulo, p 13-34

ARRETCHE, M.T.S., 1999. Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado Federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol.14 n.º40.

_____, 2001. Federalismo e Democracia no Brasil: A Visão da Ciência Política Norte Americana. São Paulo em Perspectiva, n.º15.

BAKVIS, H. & CHANDLER, W., 1987. Federalism and the Role of the State. Toronto: University of Toronto Press

BARRERA, A.W. & ROARELLI, M.L., 1995. Relações Fiscais Intergovernamentais, Federalismo no Brasil - Reforma Tributária e Federação, São Paulo: FUNDAP/ UNESP.

BENNETT, R. J., 1990. Decentralization Local Governments and Markets, Towards a Post-Welfare Agenda. Oxford: Clarendon Press.

BRASIL, 1990, Lei nº 8142, de 29 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências financeiras na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 30/12/90. Brasília: Imprensa Nacional.

BRASIL, 1990. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 20/09/90. Brasília: Imprensa Nacional

BRASIL, 1991. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Assessoria de Comunicação Social/Ministério da Saúde

BRASIL, Constituição Federal de 1988, Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASILEIRO, A.M., 1979. A Fusão: Análise de uma Política Pública. Brasília: IPEA/IPLAN

CORDEIRO, H. 1991. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial

_____ 2001. Política de Saúde nos Anos 90: Descertralização, Universalidade e Eqüidade nas Reformas da Saúde. Ciência e Saúde Coletiva/ABRASCO, vol. 6 n.º 2: 319-329.

COUTO E SILVA, M. M. A., 1998, O processo de endividamento dos estados: Problemas e Limites à Descentralização e à Autonomia. Tese de Doutorado, mimeo

DALLARI, S.G, 1995. Os Estados Brasileiros e o Direito a Saúde, São Paulo: Editora Hucitec.

DINIZ, C.C. e OLIVEIRA, A.O., 1993. Federalismo, Sistema Tributário e a Questão Regional no Brasil. in La Cuestion en las Transacciones a la Democracia: Los Casos de Brasil, Chile y Espanha. mimeo.

ELAZAR, J.D., 1990. Exploracion del Federalismo . Barcelona: Editorial Hacer.

FIORI, J. L., 1996. Aos Condenados da Terra, o Equilíbrio Fiscal. Série Estudos em Saúde Coletiva nº 137. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

_____, 1995. O federalismo frente ao desafio da globalização. Série Estudos em Saúde Coletiva nº115, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ.

FRANCE, G., 2001. Compatibilità fra il Federalismo e gli Standard Sanitari Nazionali: Una Sintesi delle Esperienza Estere e Possibili Lisioni per l'Italia. In Federalismo, Regionalismo e Standard Sanitari Nazionali: Quattro Paesi, Quattro Approcci. Milano: Dott. ^a Giuffrè Editore

FRANKLIN, A.M., 1995. Os Dilemas da Municipalização da Saúde no Contexto de uma Região Metropolitana: O Caso de Campinas, Tese de Doutorado, Instituto de Economia da Universidade de Campinas, mimeo

GERSCHMAN, S., A Democracia Inconclusa. Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 81-83; 161-163.

LAGEMANN, E., 1995. O Federalismo Fiscal Brasileiro em Questão. in: A Federação em Perspectiva - Ensaio Seleccionados (Affonso & Barros Silva, org), p.329-354, São Paulo: FUNDAP

- LEVCOVTZ, E. & GERK, J. R. & DAL POZ, M. R. & ARAUJO, R. M., 1993. Descentralização e Gestão dos Serviços de Saúde: Uma Avaliação do SUS. Relatório Final. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- LEVCOVTZ, E., DAL POZ, M. R., VIANA, A. L., 2001. O SUS no Estado do Rio de Janeiro. Physis Revista de Saúde Coletiva vol. 11, n.º 1
- LEVCOVTZ, E., LIMA, L.D., Machado, C.V., 2001. Política de Saúde nos Anos 90: Relações Intergovernamentais e Papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva/ABRASCO, vol. 6 n.º 2: 269-291.
- LIMA, L.D., 2001. As Comissões Intergestoras Bipartite: A CIB do Rio de Janeiro. Physis Revista de Saúde Coletiva vol. 11, n.º 1
- MACHADO, C.V., 2002. Regulação da Política Nacional de saúde pelo Gestor Federal do SUS: Estratégias e Tendências Recentes. O SUS Dez Anos Depois. pp. 3-23, mimeo
- _____, 2001. Novos Modelos de Gerência nos Hospitais Públicos: as experiências Recentes. Physis Revista de Saúde Coletiva vol. 11, n.º 1
- MARTINS, C. E., 1996. Da globalização da economia à falência da democracia. Economia e Sociedade. Campinas, (6): 1-23
- MEDICI, A.C. & MACIEL M.C., 1996. A Dinâmica do Gasto Social nas Três Esferas de Governo: 1980-92, Federalismo no Brasil - Descentralização e Políticas Sociais, FUNDAP, p. 41-106

MEDICI, A.C., 1995. Aspectos da Crise dos Sistemas Estaduais de Saúde nos Anos 80: Uma Análise do Rio de Janeiro e São Paulo. Notas Técnicas, São Paulo, 12: 1-9

_____, 1995. Políticas Sociais e Federalismo. in: A Federação em Perspectiva - Ensaio Selecionados (Affonso & Barros Silva, org), p.285-304, São Paulo: FUNDAP

_____, 1996. Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil, Federalismo no Brasil - Descentralização e Políticas Sociais, São Paulo: FUNDAP, p. 297-376.

MELLO, D.L., 1993. O governo municipal brasileiro: uma visão comparativa com outros países, Revista de Administração Pública, FGV, 27: 36-53

MENDES, E.V., 1996. Uma Agenda Para Saúde. São Paulo: Hucitec, p. 100-149.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991. Coletânea de Legislação Básica. Nova Política de Financiamento do SUS, Brasília.

_____, 1993. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, Brasília.

_____, 1995, Carta Política do Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, p. 1-17, mimeo.

NASCIMENTO, V. B., 2001. Interdependência e Autonomia na Gestão Pública da Saúde, Lua Nova- Revista de Cultura e Política, n.º 52.

- NORONHA, J. C. & LEVCOVITZ, E.,1994. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do Direito à Saúde, in Saúde e Sociedade Anos 80 (Tavares R & Guimarães R, org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 73-112
- OLIVEIRA, F.,1995. A Crise da Federação: da Oligarquia à Globalização. in: A Federação em Perspectiva - Ensaio Selecionados (Affonso & Barros Silva, org), p.77-90, São Paulo: FUNDAP
- PARADA, R., 1997. Sistema Estadual de Saúde. Descentralização e Relações Intergovernamentais: Um Estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social-UERJ, mimeo
- RESOLUÇÃO INAMPS nº 258 de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica nº01/91. in: Coletânea de Legislação Básica do SUS, 5, pp. 55-75. Brasília: Ministério da Saúde.
- REZENDE, F., 1995. O Financiamento das Políticas Públicas: Problemas Atuais, in: A Federação em Perspectiva - Ensaio Selecionados (Affonso & Barros Silva, org), p.241-260, São Paulo: FUNDAP
- RIO DE JANEIRO (Estado). Constituição do Estado do Rio de Janeiro. Niterói: Imprensa Oficial, 1989.
- RIO DE JANEIRO (Estado), 2002. Relatório de Gestão: 1999 – 2002. Secretaria de Estado de Saúde. Governo do Estado do Rio de Janeiro. pp. 28
- SCHNEIDER, A.,2001. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Physis Revista de Saúde Coletiva vol. 11, n.º 2

- SILVA, F.M., 1996. Espírito Santo: Desenvolvimento Histórico dos Serviços e Instituições de Saúde, Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social- UERJ, mimeo
- SILVA, P.L.B. & COSTA, V.L.C., 1995. Descentralização e Crise da Federação. in: A Federação em Perspectiva - Ensaios Selecionados (Affonso & Barros Silva, org), p.261-284, São Paulo: FUNDAP
- SILVA, V.M., 1995. Os Municípios Paulistas e o Federalismo Fiscal Brasileiro. p.19-51, São Paulo: IMESP; CEPAM.
- SOUSA, C., 1998. Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização. Dados - Revista de Ciências Sociais, vol.41, n.º 3, pp 569-592.
- _____, 2001. Federalismo e Gastos Sociais no Brasil: Tensões e Tendências. Lua Nova- Revista de Cultura e Política, n.º 52.
- STEPAN, A., 1999. Para uma Nova Análise Comparativa do Federalismo e da Democracia: Federações que Restringem ou Ampliam o Poder do Demos. Dados - Revista de Ciências Sociais, vol.42, n.º 2, pp 197-251.
- VIANA, A. L., 1994. Sistema e Descentralização. A política de saúde no Estado de São Paulo nos Anos 80: Formação e Tensões, Tese de Doutorado, Instituto de Economia da Universidade de Campinas, mimeo
- _____, 1995. Modelos de Intervenção do Estado na Área de Saúde, Série Estudos em Saúde Coletiva nº 118, IMS/ UERJ.

VIANA, A. L., 1996. SUS: Entraves à Descentralização e Propostas de Mudança, Federalismo no Brasil - Descentralização e Políticas Sociais, São Paulo: FUNDAP, p.269-296.

_____, 2002. Mudanças Significativas no Processo de Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil, pp.1-19,mimeo.

VIANA, A. L, Lima, L.D., Oliveira, R. G. 2002. Descentralização e Federalismo: A Política de Saúde em Novo Contexto – Lições do Caso Brasileiro. – pp. 1-27, mimeo

VIANNA, S. M. et alii, 1990. O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde: Critérios para Transferências de Recursos Federais para Estados e Municípios. Série Economia e Financiamento Nº 1 Brasília: OPAS.