

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA



NINA LUCIA PRATES NIELEBOCK DE SOUZA

**DINÂMICA DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO PROCESSO DE
DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE: O CASO DO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO**

**RIO DE JANEIRO
ABRIL DE 2010**

NINA LUCIA PRATES NIELEBOCK DE SOUZA

**DINÂMICA DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO PROCESSO DE
DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE: O CASO DO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, área de concentração em Políticas Públicas e Saúde, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Luciana Dias de Lima.

**RIO DE JANEIRO
ABRIL DE 2010**

NINA LUCIA PRATES NIELEBOCK DE SOUZA

DINÂMICA DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE: O CASO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, na área de concentração Políticas Públicas e Saúde.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Luciana Dias de Lima (coordenadora)
(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz)

Prof. Dr. Roberto Parada
(Instituto de Medicina Social da UERJ)

Prof^a. Dr^a. Cristiani Vieira Machado
(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz)

Prof^a. Dr^a. Ana Cecília de Sá Campelo Faveret
(Diretoria de Desenvolvimento Setorial/Agência Nacional de Saúde Suplementar)

Prof^a. Dr^a. Tatiana Vargas
(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz)

Conceição, minha mãe,
pelo amor de toda uma vida.

Ao
Marcus sempre presente, procurando tornar
fácil o que às vezes parece impossível.

A Frederico e Bernardo,
por existirem e fazer minha vida feliz.

AGRADECIMENTOS

- A Luciana, ou carinhosamente Kalu, pela sua compreensão, dedicação e trocas importantes para a realização deste trabalho;
- Aos professores e colegas da turma de mestrado que proporcionaram momentos de aprendizado e reflexão;
- A José Mendes Ribeiro, incentivador do tema deste trabalho e colaborador durante o processo de elaboração;
- As amigas de todas as horas, Luciana Borges e Maria Tereza Costa por todo o incentivo;
- A Davi Kastenbergl por sua importante contribuição, tanto na recordação dos fatos, como por ter cuidado tão bem de documentos preciosos para este estudo;
- Aos colegas de trabalho que tantas vezes tiveram que escutar minhas histórias e sempre prontos a ouvi-las com carinho e compartilhamento;
- Aos entrevistados desta pesquisa, atores fundamentais no processo de construção do SUS na cidade do Rio de Janeiro;
- A Márcia Regina Torres por ter me liberado no tempo necessário minha eterna gratidão;
- A Ana Paula da CIB/RJ, por tão gentilmente permitir o acesso às atas e documentações;

“O que muda na mudança,
se tudo em volta é uma dança
no trajeto da esperança,
junto ao que nunca se alcança?”
(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar o processo de descentralização da saúde nos anos 90 a partir da análise dos enfrentamentos políticos, das intermediações de interesses e das articulações estabelecidas. Através da análise de um caso concreto, o município do Rio de Janeiro, procurou-se evidenciar as relações entre as esferas de governo – municipais, estadual e federal – estabelecidas durante o período de 1990 a 1999. A escolha do período marca o início do processo de descentralização da saúde no município até sua habilitação na condição de gestor pleno do sistema municipal. A noção de sistema de saúde em um país federativo, com as características do Brasil, implica no estabelecimento de acordos intergovernamentais que permitam a articulação e integração das ações e serviços de saúde em diferentes escalas territoriais. O estudo mostrou que a negociação intergovernamental apresentou características particulares nas duas metades da década de noventa, com forte protagonismo do ente municipal. Na primeira metade, o município optou por uma descentralização interna que lhe exigiu baixo grau de articulação intergovernamental e, no momento seguinte decidiu por municipalizar em grande escala envolvendo intensa negociação entre a Prefeitura e o Ministério da Saúde sem a participação efetiva da Secretaria Estadual de Saúde. Observou-se que questões relativas à organização da atenção à saúde não foram suficientemente equacionadas no plano das relações intergovernamentais e permanecem ainda hoje como desafio para as políticas de saúde. As conclusões giram em torno de que é necessária a reconstrução de um modelo de relações intergovernamentais na saúde, ancorado numa cultura de negociação e respeito à autonomia dos entes para o aprofundamento da descentralização.

Palavras-chave: Descentralização das políticas de saúde; relações intergovernamentais; sistema de saúde.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the process of health decentralization in the 1990's according to the analysis of the politicians' confrontation, the interest intermediations and the established articulations. Through the analysis of a concrete case, the municipality of Rio de Janeiro, tried to evidence the relation between the government's spheres – federal, state and capital – established from the period of 1990 to 1999. The selection of the period sets the beginning of a health decentralization process in the municipality until the condition of a fully autonomous management of the municipal system. The health system notion in a federative country, with Brazil's characteristics, implicates in the establishment of intergovernmental agreements which allow the articulation and integration of actions and health services in different territorial scales. The study showed that the intergovernmental negotiation presented particular characteristics in the two halves of the nineties decade, with strong protagonism of the municipal entity. In the first half, the municipality opted for an internal decentralization which demanded low level of intergovernmental articulation and, another moment, decided to municipalize in large scale involving intense negotiation between the City Council and the health ministry without the effective participation of the State Health Council. The questions concerned the health attention organization as observed, were not sufficiently equated in the intergovernmental relations plan and remain until today as a challenge for the health policies. The conclusions move around, the necessity of the reconstruction of an intergovernmental relations model in health, anchored with a culture-based on negotiation and respect with the entity autonomy for the deepening of decentralization.

Key words: Health politics decentralization; intergovernmental relations; health system.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAP	Coordenação de Área de Planejamento
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CT	Câmara Técnica da CIB/RJ
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
PCRJ	Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
RIGs	Relações Intergovernamentais
RM	Região Metropolitana
RMRJ	Região Metropolitana do Rio de Janeiro
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUS	Sistema Único de Saúde
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UPS	Unidade Prestadora de Serviço

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões estratégicas e aspectos críticos para organização da atenção à saúde no processo de descentralização do SUS no município do Rio de Janeiro	19
Quadro 2 - Servidores do quadro permanente do Ministério da Saúde colocados a disposição da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 1999 e 2000	83
Quadro 3 - Quadro-síntese do processo de negociação intergovernamental da descentralização da saúde para o município do RJ, 1990 a 1999	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Rede de saúde no MRJ - unidades de saúde/ esfera administrativa, 2009	38
Tabela 2: Características Geográficas e Demográficas do município do Rio de Janeiro.....	40
Tabela 3: Distribuição de leitos hospitalares por município da RMRJ	42
Tabela 4 – Produção percentual de serviços das unidades do INAMPS – 1990	53

LISTA DE FIGURA

Figura 1- Mapa da Região Metropolitana do Rio de Janeiro	41
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1. A ESPECIFICIDADE DA DESCENTRALIZAÇÃO EM PAÍSES FEDERATIVOS: DILEMAS ASSOCIADOS À REALIDADE BRASILEIRA	8
1.1 - As características da descentralização em países federativos	8
1.2 - Descentralização: a especificidade brasileira e os desafios para sua potencialização	11
2. DESENHO DO ESTUDO	15
2.1 - Objetivos do estudo	15
2.2 - Marco teórico-metodológico	16
2.3 - Estratégias metodológicas	20
3. CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NA DÉCADA DE 1990.....	23
3.1 - Modelo predominante no padrão das Relações Intergovernamentais pós 1988	23
3.2 - A emergência de um novo modelo de saúde nos anos 90	25
3.3 - Estratégias de condução da política de saúde no SUS e alguns resultados	28
4. A CIDADE DO RIO DE JANEIRO	31
4.1 - Do século XX ao século XXI: a cidade e sua história	31
4.2- O desafio da saúde na cidade capital	34
4.3 - O Papel de “Cidade Pólo” e sua relação com a Região Metropolitana	39
4.4- O cenário do político do Rio de Janeiro nos anos 90	43
5. A CONSTRUÇÃO DO SUS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: 1990 A 1994.....	48
5.1- Os primeiros passos do Sistema Único de Saúde na cidade do Rio de Janeiro	48
5.2- Da Descentralização interna a Gestão Incipiente: as opções do município	55
5.3 - O início da CIB e as negociações para a municipalização	59

6. POLÍTICA INTERDEPENDENTE, PROJETOS INDEPENDENTES:	
A DESCENTRALIZAÇÃO NO RIO DE JANEIRO DE 1995 A 1999.....	62
6.1- O município do Rio de Janeiro e a habilitação na NOB SUS 01/93: a Gestão Semiplena	62
6.2- A municipalização dos PAM e Maternidades: Os antecedentes da primeira municipalização	64
6.3 – A descentralização das unidades estaduais	70
6. 4 – A municipalização dos Hospitais Psiquiátricos	72
6.5 – A NOB 96 e a habilitação do Município do Rio de Janeiro na Gestão Plena	74
6.6 – A negociação para a municipalização dos Hospitais Federais	78
7. CONCLUSÕES	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS.....	95
ANEXOS	99

INTRODUÇÃO

Há mais de 20 anos, nosso país vive um processo acelerado de mudanças institucionais, onde o setor saúde se destaca como um espaço privilegiado de experimentação e inovação, fruto de um processo interno, de forte densidade política e social, e também influenciado por modelos externos, em particular aqueles vigentes nos *Welfare State*¹. Nesse contexto de mudanças, um dos principais avanços trazidos pela Constituição Federal de 1988 (CF 88), foi a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua formulação correspondeu a uma unificação dos vários sub-sistemas públicos existentes até então, buscando superar a fragmentação institucional que prevalecia tanto no interior da esfera federal (saúde previdenciária e saúde pública), quanto entre as diferentes esferas governamentais (federal, estadual, municipal).

Ao estabelecer princípios como a universalidade, a equidade e a integralidade, assim como diretrizes organizacionais que visam à descentralização, à regionalização e à participação da sociedade, o SUS traz novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais para o provimento das ações e serviços de saúde no país, consideradas direitos universais da cidadania e dever do Estado (Brasil,1990).

O sistema público de saúde no Brasil tem a sua estrutura organizacional redesenhada a partir de então, com valorização da atuação dos municípios, decorrente da aceleração do processo de descentralização (Arretche, 1999). Embora venha avançando em níveis diferentes, é inegável que existe um processo de redefinição de atribuições e competências na área da saúde que, ao longo do tempo, tem provocado mudanças no padrão das relações intergovernamentais (RIGs).

Entendendo as relações intergovernamentais como a interação entre entes com algum nível de autonomia política, mas não soberania, dentro de um mesmo país, os processos de descentralização para serem fortalecidos, necessitam de entendimento entre as autoridades políticas, o que, na maioria das vezes, se traduzem em processos lentos e negociados.

¹ N.A.: Segundo Esping-Andersen a garantia de direitos sociais é idéia fundamental de um *welfare state*. Entretanto, além de direitos e garantias, é importante considerar as formas como as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família em termos de provisão social.

A literatura tem mostrado que o debate sobre a descentralização da saúde no Brasil vem apresentando focos de análises diferenciados e basicamente três grandes vertentes de discussão se debruçam sobre o tema: a descentralização como forma racional da oferta de serviços de saúde e da aplicação de recursos financeiros; como um conceito estratégico das reformas políticas da saúde, com vistas à redemocratização do setor (esta linha privilegia os estudos sobre a municipalização da saúde) e, a descentralização a partir da análise dos enfrentamentos políticos, das intermediações de interesses e das possíveis tendências do projeto de reforma política da saúde no Brasil (Guimarães, 1999).

Este estudo está amparado nessa terceira formulação, procurando centrar suas análises na forma como o município do Rio de Janeiro ocupou seu espaço no enfrentamento dessa nova conformação política, dando destaque às articulações estabelecidas no processo de descentralização da saúde durante a década de 90.

Em função do acima exposto, entendendo que é preciso se rever as situações críticas e conseqüências imprevistas num momento passado para que se busquem soluções para o presente e um futuro próximo, como também, é imprescindível considerar a singularidade da cidade do Rio de Janeiro e sua importância histórica e geopolítica, o objeto de avaliação deste trabalho são **as relações intergovernamentais que envolveram o processo de descentralização da gestão da atenção à saúde para o município do Rio de Janeiro.**

O processo de municipalização da saúde tomado a termo no município do Rio de Janeiro, em meados dos anos 90, gerava a expectativa de um novo caminho para a saúde na cidade. A idéia de comando único do sistema e a possibilidade de maior participação e controle popular, pela proximidade da gestão, destacavam-se como pontos favoráveis para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população e para o avanço da construção do Sistema Único de Saúde no país. Alguns desafios também se colocavam naquele momento, tais como: a necessidade de modernização gerencial, que fosse capaz de se adaptar a uma nova realidade e trazer maior eficiência à gestão; a institucionalização de instâncias de pactuação, para garantia da efetividade dos acordos necessários, e as questões relacionadas à gestão e ao desenvolvimento dos recursos humanos para o SUS, ponto delicado e de alto risco quando se agregam ao mesmo comando diversas modalidades de contrato.

Depois de transcorrido mais de uma década de municipalização, armazenamos durante esse período experiências capazes de revelar os desafios colocados pela descentralização da

saúde. Evidentemente, alguns resultados positivos foram alcançados no processo de descentralização da saúde nos últimos anos, mas problemas como a iniquidade no acesso, as dificuldades de oferta nos diversos níveis de atenção, da efetiva participação popular e do financiamento setorial ainda permanecem e tensionam o processo de consolidação do SUS.

Especialmente no caso da Cidade do Rio de Janeiro, um fato de grande destaque nesse período foi a intervenção federal provocada pela crise dos hospitais de emergência, que resultou na publicação do Decreto Federal nº 5392/05 declarando estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS da capital fluminense.

Essa crise trouxe à tona questões cruciais sobre a repartição de poder entre os entes federativos, como a preservação do princípio da autonomia, e sobre até que ponto o conflito federativo pode se transformar em práticas vedadas pela Constituição. Por outro lado, na perspectiva das relações intergovernamentais, evidenciou um desequilíbrio entre autonomia e interdependência na execução de responsabilidades dos entes governamentais e pouca coordenação federativa do tratamento dos conflitos e das ações implementadas.

A crise da saúde no Rio de Janeiro foi resultado de um processo longo e pode ter sofrido influência do debate pré-eleitoral. As partes envolvidas acusavam-se mutuamente pelo não cumprimento de compromissos anteriores. Entretanto, esse episódio, que expõe situações de baixa integração vertical², reafirma a necessidade da existência de veículos de negociação política capazes de colocar grupos com diferentes poderes políticos para negociar seus conflitos, visto que, as questões que envolvem a descentralização não são somente administrativas ou econômicas.

Este trabalho procura evidenciar as relações entre as esferas de governo – municipais, estadual e federal - estabelecidas, especialmente, no período de 1990 a 1999. A proposta de investigar os aspectos temporais para o entendimento dos resultados das políticas configura aqui, não apenas uma análise temporal de eventos, mas sim uma reflexão sobre em que contextos os eventos se configuraram e como as negociações políticas ocorreram nesse determinado momento, deixando suas marcas para o futuro.

Para uma reflexão do período selecionado no capítulo tomaremos como base o que Wright (1988) procurou estabelecer como características que devem ser observadas numa

² Para Arretche (2002), a baixa integração vertical, em países federalistas, resulta das limitações da capacidade de coordenação do governo central.

relação intergovernamental: o número e a variedade de unidades governamentais; o número e a variedade de autoridades governamentais envolvidas (políticos e burocratas); a intensidade e a regularidade dos contatos entre as autoridades governamentais; a importância das ações e atitudes das autoridades governamentais e a preocupação com questões relacionadas ao financiamento das políticas públicas.

A escolha do período se fundamenta pelo início do processo de descentralização da saúde no município até sua habilitação na condição de gestor pleno do sistema municipal. A habilitação dos municípios nas condições de gestão previstas no SUS significa a declaração dos compromissos assumidos pelo gestor, perante os outros gestores e a população, da responsabilidade sobre a gestão das ações e serviços de saúde situados em seu território político-administrativo.

Entende-se que esse momento encerra mudanças importantes, exigindo a definição clara do papel dos níveis municipal, estadual e federal no âmbito do SUS e a assunção de novas responsabilidades pelo gestor municipal tendo em vista a ampliação de sua autonomia de gestão sobre o sistema de ações e serviços de saúde. Essa autonomia, em se tratando de um município com as características do município do Rio de Janeiro, requer o acompanhamento de eficientes instrumentos de cooperação e coordenação intergovernamental sob pena de criar obstáculos para o avanço da própria descentralização e organização dos serviços no território. Esse quadro é mais marcante principalmente quando se trata dos grandes municípios, o que certamente implica num dilema, já que a Constituição Federal estabelece que os entes federativos devem assumir uma divisão institucional de trabalho compartilhada.

A cidade do Rio de Janeiro, como qualquer grande metrópole, é única. Para que possamos compreender nossa história mais recente é necessário conhecer os determinantes envolvidos nesse processo. O fato de ter sido capital da República garantiu a ela uma singularidade em termos de herança com o passado. Conhecer o Rio de Janeiro exige ter presente o significado da capitalidade (Lessa, 2005); essa mesma capitalidade que deixou como legado marcas na sua conformação urbana, que a diferencia das demais capitais brasileiras. Na capital, concentram-se o conjunto de órgãos que materializam a idéia de nação, as novidades urbanísticas, arquitetônicas, culturais que imprimem marcas de modernidade e despontamento para o futuro.

É importante dar destaque ao processo de descentralização para a saúde em grandes capitais, fato pouco explorado na literatura atual. Embora tenhamos uma oferta relativamente generosa de estudos processuais sobre a descentralização administrativa que, na maioria das vezes, confirmam a transferência de recursos e atribuições ocorridas em direção à esfera municipal, pouco se tem ocupado das transformações ocorridas na arena das negociações entre os entes federativos e a capacidade municipal de enfrentamento dessa nova conformação política.

Muitos trabalhos tendem a tratar as articulações resultantes das relações intergovernamentais relacionando-as, apenas, à produção e distribuição de serviços, às formas de financiamento e às medidas reguladoras, desprezando seus aspectos políticos (Souza, 1998).

Apresentamos como pressuposto que, na saúde, um município sozinho, por maior que seja, não prescinde da atuação das demais esferas de governo. A noção de sistema de saúde em um país federativo, com as características do Brasil, implica no estabelecimento de acordos intergovernamentais que permitam a articulação e integração das ações e serviços de saúde em diferentes escalas territoriais. No caso do Rio de Janeiro, dada a singularidade das unidades de saúde instaladas no âmbito do SUS, a necessidade de negociação intergovernamental é ainda maior e se coloca tanto para organização das ações e serviços no âmbito municipal, como para a montagem da rede de atenção à saúde no território supra-municipal.

A hipótese do estudo é a de que aspectos fundamentais para organização da atenção à saúde não foram suficientemente tratados e equacionados no plano das negociações intergovernamentais que envolveram a descentralização do SUS no município do Rio de Janeiro, evidenciando uma frágil coordenação federativa desse processo. Tais questões permanecem, ainda hoje, como conflitos e traduzem-se como desafios a serem enfrentados pela política de saúde.

A relevância deste trabalho está assentada no enfrentamento de questões que são prementes para o estabelecimento contínuo do processo de negociação na saúde como:

- No caso do Rio de Janeiro, que características o diferencia de outros municípios brasileiros?

- Essas características trazem especificidades para a descentralização e para as relações intergovernamentais?
- Qual o conteúdo das negociações políticas que envolveram o processo de descentralização da saúde no município do Rio de Janeiro?
- Quais os principais conflitos, suas causas, e como estes foram tratados no âmbito das relações intergovernamentais?
- Como as esferas governamentais se articularam para a resolução de problemas comuns e de questões críticas para a organização do sistema de saúde?
- As articulações estabelecidas entre os gestores resultaram em que tipos de acordos intergovernamentais?

As questões que permeiam as análises realizadas neste estudo contribuem para a linha de investigação Federalismo, Relações Intergovernamentais e Políticas de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

A dissertação está dividida em cinco capítulos. O primeiro apresenta os conceitos que fundamentaram a análise aqui desenvolvida. Nessa medida, discutir as relações intergovernamentais implica também a compreensão do processo de descentralização em países federativos, dando destaque a redefinição de competências dos entes e a reconfiguração de poderes nessas esferas.

O segundo aborda o desenho do estudo, tratando dos aspectos metodológicos que envolveram este trabalho.

O capítulo três enfatiza a trajetória da descentralização da saúde brasileira na década de 90, evidenciando o modelo predominante de padrão de relações intergovernamentais e de equilíbrio da federação brasileira.

Já o quarto, situa o contexto específico do Rio de Janeiro, contando um pouco da sua história e do desafio da saúde municipal na cidade que já foi capital. Trará ainda, o cenário político do Rio de Janeiro nos anos 90, de essencial importância para o entendimento das intermediações de interesse no transcorrer do processo descentralizatório.

Por sua vez, o quinto e o sexto capítulos discutem o resultado da investigação empírica. O quinto contempla o período de 1990 a 1994, apontando os estímulos e resistências ao processo de descentralização. O sexto abrange o período de 1995 a 1999, dando destaque ao processo de municipalização e as trajetórias de habilitação.

Por fim, nossas considerações finais têm por objetivo sintetizar a análise realizada e refletir sobre as lições extraídas visando ao aperfeiçoamento das relações intergovernamentais e contribuições para análises futuras.

CAPÍTULO 1

A Especificidade da Descentralização em Países Federativos: Dilemas Associados à Realidade Brasileira

1.1- As características da descentralização em países federativos.

Muitas vezes se torna necessário a compreensão de determinados contextos para o entendimento dos processos de mudanças políticas implementadas. Assim, o conceito de descentralização adquiriu força e veio sendo associado nos últimos anos como sinônimo de democracia, eficiência administrativa, enfim, de expectativas positivas. No entanto, destacamos que em países federativos, o processo de descentralização merece ser analisado compreendendo-se, em que medida, ele se compatibiliza com os princípios da Federação.

O discurso descentralizador em geral é proveniente de crises do modelo centralizador de intervenção estatal. A centralização excessiva muitas vezes foi provocada pelo excesso de controle da burocracia no nível central, que detinha alto controle do poder decisório, ou também, como instrumento para o clientelismo perante as bases locais.

No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, o modelo centralizador atravessa uma crise provocada por uma profunda alteração no sistema econômico mundial. Nesse novo contexto de economia globalizada, reduziu-se significativa parcela de poder de intervenção estatal no plano nacional.

Analisar experiências nacionais de descentralização após o processo de globalização, segundo Arretche (2003), requer considerar os impactos heterogêneos e contraditórios de fenômenos globais sobre estruturas e práticas nacionais e locais. Em Estados federativos, conclui a autora, essa análise ainda é mais complexa, uma vez que, é preciso equilibrar regulação, responsabilidade e autonomia no financiamento compartilhado e na gestão descentralizada das políticas nacionais para diferentes unidades da federação.

Abrucio (2006) ressalva, que nos últimos 20 anos, em países desenvolvidos que adotaram processos descentralizadores, não houve redução significativa do tamanho do

Estado, nem mesmo o esvaziamento do governo central. Houve sim, mudanças nas estruturas centralizadas anteriores com reestruturação do papel do poder central.

É inegável o impulso descentralizador mundial nas três últimas décadas do século XX, atingindo inclusive, nações tradicionalmente centralizadas como França e Grã-Bretanha. E essa mudança de comportamento, além da crise do modelo centralizador, se ancorou na força política que acabou adquirindo esse conceito.

Abrucio (2002) define descentralização “como um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado Nacional, envolvendo diferentes instâncias de governo e, por vezes, decorrente da conquista ou transferência de poder a governos subnacionais”. Desse modo, independentemente das áreas ou setores envolvidos, a descentralização possui um caráter político, pois significa um processo de transferência de poder envolvendo instâncias de governo previamente constituídas.

As formas de organização territorial do poder têm efeitos sobre a descentralização. Em organizações federativas, em que o poder do Estado Nacional é repartido em múltiplos centros, a descentralização assume um caráter ainda mais complexo.

“O princípio da soberania compartilhada deve garantir a autonomia dos governos e a interdependência entre eles. Trata-se da fórmula classicamente enunciada por Elazar: *self-rule plus shared rule*”. (Abrucio, 2006)

Ela supõe a negociação e o entendimento entre autoridades políticas dotadas de variados tipos de legitimidade e poder decisório assegurados constitucionalmente, envolvendo relações de competição e cooperação, acordos e vetos entre esferas de governo.

Além disso, dada a necessidade de implantação do caráter sistêmico e nacional de grande parte das políticas públicas, a descentralização, em um país federativo requer o equilíbrio entre os processos de descentralização e centralização das políticas; o desenvolvimento de capacidades político-institucionais nas diferentes instâncias de governo; o fortalecimento dos mecanismos de controle mútuos entre os governos e entre o Estado e a sociedade; o incremento dos mecanismos de diplomacia e formação de acordos intergovernamentais (Abrucio, 2005; Viana *et al.*, 2002).

Por outro lado, os processos de descentralização, mesmo que concentrem as principais decisões no governo central, necessitam de entendimento entre as autoridades políticas e, normalmente, se traduzem em processos lentos e negociados. Atrelado ao processo de descentralização é necessário que se estabeleça as dinâmicas institucionais das relações intergovernamentais (RIGs), isto é, a interação entre entes com algum nível de autonomia política, mas não soberania, dentro de um mesmo país.

Em sistemas federativos observamos os mais variados graus em que essas relações se estabelecem. Num *continuum*, essas relações podem variar da extrema competição à mais estreita cooperação entre os diferentes governos componentes da federação (Abrucio; Costa, 1998). O *modus operandi* cooperativo é fundamental para integrar melhor o conjunto de políticas públicas compartilhadas (Abrucio, 2002).

Considerando que relações de competição e cooperação são da natureza das federações, desenvolver mecanismos de coordenação eficientes que resultem na instauração de parcerias aprovadas pelos entes federativos é o desafio a ser perseguido por esses Estados, na busca minimizar os conflitos intrínsecos do federalismo no processo de descentralização.

Segundo Abrucio (2002; 2005), a coordenação federativa pode ser entendida como as formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta presentes nas federações, sendo um elemento-chave para se garantir o equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e sua interdependência, para superação de conflitos e impasses existentes entre eles.

“No campo das políticas públicas, o que está em jogo, em termos de coordenação federativa, é o dilema do shared decision making, isto é, da necessidade de compartilhar tarefas e objetivos entre os níveis de governo”.(Abrucio,2006).

Por todas as questões levantadas, a descentralização exige a preparação específica, tanto do governo central, como dos governos subnacionais, para assunção desse processo. Fortalecer as capacidades político-institucionais e desenvolver instrumentos para o estabelecimento das relações intergovernamentais torna-se imperioso para se enfrentar questões próprias da descentralização, em especial tratando-se de modelos federativos com alta complexidade como o caso brasileiro.

1.2- Descentralização: a especificidade brasileira e os desafios para sua potencialização.

Ao longo da história brasileira, momentos de centralização e de descentralização alternaram-se e são apontados como um traço típico do nosso federalismo, marcado por grandes desequilíbrios entre os níveis de governo.

Os movimentos de descentralização no Brasil foram caracterizados por transferir atribuições de execução de políticas para os governos subnacionais. A idéia de unidade nacional, de solidariedade territorial, não se constituiu como ponto central do processo.

A Constituição de 1988 inovou ao estabelecer o pacto federativo, tradicionalmente feito pelos Estados-Membros, criando a União e incluindo os Municípios. Ao incluir os Municípios, tornou-os entes federados e favoreceu a autonomia político-administrativa dos mesmos. Produziu assim, uma importante reorganização federativa, ampliando as obrigações estatais e introduzindo a necessidade de modificações no padrão de relacionamento entre as esferas de governo e entre governos e sociedade (Ribeiro, 2009).

A redemocratização marca um novo federalismo que traz várias mudanças políticas ao país. Emergem novos atores que não tinham acesso à competição pelo poder. As novas obrigações constitucionais impostas aos governantes forçaram a renovação das relações federativas.

Almeida (2007) ressalta que a reforma da federação não foi a única mudança importante a afetar o Estado brasileiro sob democracia mais recente. O processo moderado de reformas liberalizantes produziu alteração nas modalidades diretas de participação do Estado na produção, regulação dos mercados e na provisão de proteção social.

Os momentos que seguiram a Constituição de 1988 foram marcados por um processo de privatização de empresas públicas e mistas, de liberalização do comércio exterior e criação de agências reguladoras. O sistema de proteção social também foi largamente modificado em direção a políticas mais ampliadas e com foco na redução das desigualdades.

É necessário, contudo, entender que essa mudança profunda no papel dos entes federativos não se consolida de forma imediata. Os condicionantes históricos envolvidos não são desprezados nessa reformulação. Segundo Viana *et al* (2002)

“No movimento de oscilação entre centralização e descentralização no federalismo brasileiro há, em certa medida, um continuum institucional, visto que aspectos da dinâmica institucional que antecedem às novas orientações não são de todo anulados quando esta entra em vigor” (Viana et al, 2002).

As novas regras trouxeram desafios a todos os níveis de governo, tanto no que diz respeito ao desenho de políticas, quanto a como lidar com uma estrutura federativa do tipo cooperativo em que as responsabilidades na provisão de serviços sociais básicos devem ser compartilhadas.

É interessante notar que, no caso brasileiro, em várias competências previstas pela Constituição há repartição de funções, estando ao mesmo tempo os três níveis responsáveis por executá-las. Esse modelo federativo pode levar muitas vezes à omissão, diante de uma questão movida pelo entendimento que o outro pode ser o responsável, ou ainda, que políticas públicas sejam executadas sem nenhuma integração.

Nesse caso, podemos prever no mínimo conseqüências que vão desde a falta de otimização de recursos já escassos, a perda de potencialização de resultados esperados, até a desassistência da população em determinada ação governamental.

O processo de construção do Estado Nacional desenhou um aparato estatal cujo resultado é conferir ao governo federal grandes recursos de poder. Segundo Arretche (2009), o centro ainda afeta muito do que ocorre na vida política nacional influenciando a dinâmica da participação política. Embora os governos subnacionais tenham autonomia para fazer inovações -- e de fato o fazem -- políticas que ganham centralidade na agenda nacional se convertem em demandas para que se convertam em políticas legisladas pelo governo central.

Para a autora, este federalismo centralizado tem raízes sociológicas, derivado de uma identidade nacional de pertencimento a uma comunidade nacional única. Não há no Brasil, identidades territoriais fortes que reclamem autonomia para as regiões.

A Constituição prevê a implementação de um federalismo cooperativo e descentralizado, onde o centro de gravidade da ação governamental deve estar situado o mais localmente possível. Almeida (2007), entretanto, refere que na prática, o governo federal reservou para si as funções de formulação da política e de regulação dos diferentes sistemas

de políticas sociais, vinculando os gastos a políticas sociais específicas e a maneiras determinadas de implementá-las.

Com as políticas fiscais não foi diferente. Embora a Constituição Federal explicita em seu artigo 18 que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são entes autônomos, essa autonomia na prática não se cristaliza pela questão tributária. Os tributos ainda são muito concentrados na União Federal. A carga tributária do Brasil, no primeiro semestre de 2009, representou 36,04% do Produto Interno Bruto (PIB). Desse total 58,14% ficaram com a União, 25,27% com os estados, e 16,59% com os municípios (CNM, 2009).

“Os mais prejudicados foram os municípios médios e grandes, que contaram com menos recursos para fazer frente às demandas de políticas públicas maiores e por vezes mais complexas que os municípios menores. (...) Na disputa pela atração de novas atividades econômicas, (...) vários municípios acabaram deflagrando um processo de guerra fiscal” (Abrucio & Franceze, 2008)

A descentralização fiscal e tributária proporcionada pela Constituição Federal de 1988, contudo, permitiu uma elevação dos índices de participação dos governos subnacionais na geração direta e na alocação da receita tributária e maior autonomia na administração de seus orçamentos em relação ao governo central (Ribeiro, 2009). Houve ainda um aumento da participação dos mesmos nas despesas com pessoal e bens e serviços.

Diversos estudos mostram que os governos municipais nos anos 90, mesmo envoltos pelo contexto de ajuste macroeconômico e políticas liberalizantes, foram beneficiados pelo aumento do volume de recursos próprios.

Os desafios apontados para o nível municipal, de acordo Abrucio (2008), dizem respeito a conseqüências da descentralização de competências e encargos ocorrida na década de 90 e à ausência de uma política urbana nacional.

Abrucio (2005) levanta cinco questões que se constituem em obstáculos ao pleno processo de descentralização: a desigualdade de condições econômicas e administrativas (a existência de municípios muito pequenos, com baixa capacidade de arrecadação); o discurso do “municipalismo autárquico” (visão que prega a idéia de que os governos locais poderiam

sozinhos resolver todos os dilemas de ação coletiva colocados às suas populações); a metropolização acelerada (enfraquecimento institucional das regiões metropolitanas versus ao centralismo municipal); os resquícios ainda existentes tanto de uma cultura política quanto de instituições que dificultam a *accountability* democrática; e por último, o padrão das relações intergovernamentais (falta de uma coordenação capaz de estimular a descentralização ao longo da redemocratização).

Podemos considerar que as mudanças ocorridas no Estado brasileiro, em especial no período de concentração desse estudo, demonstram que a descentralização da ação estatal foi operada em meio a dilemas e tensões, envolvendo a forma de organização e provisão de políticas, os ajustes macroeconômicos e a ampliação e universalização de direitos de cidadania. Esses elementos pressionaram e influenciaram as relações federativas e permitiram maior ou menor avanço das políticas setoriais.

No capítulo três traremos a discussão do impacto dessas especificidades no campo da saúde nos anos 90.

CAPÍTULO 2

Desenho do Estudo

2.1 – Objetivos do estudo

Objetivo geral

Analisar as relações intergovernamentais no processo de descentralização do SUS no município do Rio de Janeiro, ocorrido no período de 1990 a 1999.

Objetivos específicos

- 1- Descrever o contexto da descentralização na saúde, enfatizando-se as regras que informam a descentralização do SUS e as especificidades do município do Rio de Janeiro;
- 2- Analisar o conteúdo das negociações políticas e os principais conflitos que permearam o processo de municipalização envolvendo os entes federativos –governo federal, estados e municípios;
- 3- Identificar como aspectos críticos para a organização da atenção à saúde no âmbito do SUS foram tratados pelos entes federativos no processo de descentralização no município do Rio de Janeiro;
- 4 - Discutir os avanços e limites da descentralização do SUS, tendo em vista os elementos que conformam a coordenação federativa desse processo no município do Rio de Janeiro.

2.2 – Marco teórico-metodológico

Como referencial teórico-metodológico para análise da política, este estudo buscou as contribuições trazidas pelo neo-institucionalismo, corrente das ciências sociais que defende a importância das instituições para o entendimento dos processos sociais (Viana e Baptista, 2008: 40).

A escolha do neo-institucionalismo como referencial teórico-metodológico foi motivada pelo fato do foco de investigação desse trabalho estar dirigido aos condicionantes institucionais que marcaram a atuação da esfera municipal no processo de descentralização da saúde no município do Rio de Janeiro, procurando dar destaque aos aspectos políticos que estiveram presentes nas articulações intergovernamentais.

Remetendo ao campo da ciência política, a questão "por que a história importa?" (Pierson e Skocpol, 1999) fez com que os cientistas políticos percebessem a importância da análise das instituições, e, portanto, a perspectiva histórico-comparada como modo de explicação para o presente. Desse modo, a *história* tem exercido atração para os que enveredam na investigação de processos e escolhas que se deram "no passado", mesmo próximo, e que influenciam o presente (Hochman, 2007).

Peter Hall (2003) destaca que o neo-institucionalismo, representado por suas escolas, "busca elucidar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos". Afirma ainda que o neo-institucionalismo não constitui uma corrente de pensamento unificada, ao contrário, três escolas de pensamento diferentes apareceram reivindicando o título de "neo-institucionalismo" a partir dos anos 80, o institucionalismo histórico, o institucionalismo da escolha racional e o institucionalismo sociológico.

Escolhemos para o referencial analítico deste estudo o neo-institucionalismo histórico em função de algumas distinções importantes em relação às outras escolas, e por aproximar-se do propósito da nossa investigação. Em primeiro lugar, os teóricos do institucionalismo histórico tendem a conceituar a relação entre as instituições e o comportamento individual em termos mais gerais (para o neo-institucionalismo histórico é importante que os atores sociais sejam analisados no contexto institucional e estatal); segundo, enfatizam as assimetrias de poder associadas ao funcionamento e ao desenvolvimento das instituições e terceiro, tendem a

formar uma concepção do desenvolvimento institucional que privilegia as trajetórias, as situações críticas e as conseqüências imprevistas.

Ainda como argumento para escolha, a perspectiva neo-institucionalista ganhou expressão também nas análises da política de saúde nos anos 80 e 90 em virtude de desafios e questões globais colocadas, porém com necessidade de soluções nacionais ou locais (Viana e Baptista, 2008). Para Marques (1997), as instituições não são apenas uma variável, elas dão forma não só as estratégias dos atores, mas também, às suas metas, mediando às situações de cooperação e conflito. As instituições estruturam as situações políticas e deixam suas marcas na conseqüência da política.

Alguns de nossos argumentos estarão apoiados na noção de *path-dependence* (dependência de trajetória)³, que correntemente é apropriada pelo neo-institucionalismo. Sua premissa é de que acontecimentos do passado podem dar vazão a cadeias de causalidades que influenciam o presente (Souza,2004).

Para Pierson (2004), *path-dependence* existe quando o presente resultado de um processo depende de seu passado histórico, ou seja, de uma seqüência inteira de decisões tomadas por agentes e suas respectivas conseqüências, e não apenas das condições contemporâneas. Isso não se traduz simplesmente que a história e o passado contam, mas sim que, quando um país ou uma região adotam um caminho, os custos de mudá-lo são muito altos.

A questão em análise – se aspectos fundamentais para a organização da atenção à saúde foram suficientemente tratados e equacionados no plano das relações intergovernamentais que envolveram a descentralização do SUS no município do Rio de Janeiro – pode, portanto, ser mais bem compreendida com a ajuda da noção de *path-dependence*, dado que conflitos e impasses relativos ao papel dos entes federativos ainda permanecem, traduzindo-se como desafio para o estabelecimento de uma rede de fato regionalizada e hierarquizada.

A partir de uma revisão teórica sobre os temas descentralização e relações intergovernamentais, em consonância com os princípios propostos pelo neo-institucionalismo

³ N.A: Embora Pierson (2004), assinale que: “*Path dependence has become a faddish term, often lacking a clear meaning.*”

histórico, foram definidas algumas categorias de análise que serviram de base para confecção dos roteiros de entrevista e análise documental, referenciais técnicos dessa pesquisa.

- Objeto das negociações políticas que envolveram a descentralização do SUS para o município do Rio de Janeiro;
- Modo como foram tratados alguns aspectos críticos para organização da atenção à saúde em diferentes escalas territoriais no processo de descentralização – Financiamento; Recursos Humanos; Gestão da rede de ações e serviços de saúde e Prestação do cuidado à saúde;
- Definição e repartição de funções entre os gestores do SUS;
- Estratégias e instrumentos de coordenação de ações e serviços de saúde;
- Conflitos e acordos firmados no processo.

O quadro síntese abaixo contém algumas dimensões estratégicas e aspectos críticos para organização da atenção à saúde no âmbito do SUS que, não podendo ser tratados do ponto de vista estrito da gestão municipal, envolvem a participação e a negociação intergovernamental no processo de descentralização. As questões elencadas, de algum modo, extravasam a governabilidade do gestor municipal já que envolvem recursos geridos por outras esferas de governo. Por outro lado, evocam a interdependência federativa por sofrerem a influência de decisões políticas tomadas por outras esferas de governo ou por gerarem resultados que extrapolam os limites político-geográficos do município.

Quadro 1: Dimensões estratégicas e aspectos críticos para organização da atenção à saúde no processo de descentralização do SUS no município do Rio de Janeiro.

Dimensões estratégicas	Aspectos críticos para organização da atenção à saúde
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Garantia de recursos financeiros estáveis e suficientes para custeio do SUS no município - Política de investimentos para o SUS no município - Mecanismos de transferência regular de recursos financeiros federais e estaduais para o município - Mecanismos para a compensação financeira de serviços prestados entre municípios - Mecanismos para a regulação e prestação de contas dos recursos transferidos de outras esferas de governo
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos para a contratação, reposição, gestão e capacitação de profissionais para o SUS no município
Gestão da rede de ações e serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do papel das ações e serviços públicos de saúde sob gestão municipal, estadual e federal. - Definição do papel das ações e serviços privados sob gestão municipal. - Mecanismos de articulação e regulação das ações e serviços de saúde - Mecanismos de controle, avaliação e auditoria
Prestação do cuidado à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos de ampliação do acesso e melhoria da qualidade das ações e serviços do SUS no município - Mecanismos de integração dos campos da atenção à saúde no município

Fonte: Elaboração própria.

2.3 – Estratégias metodológicas

A pesquisa empírica desenvolvida consiste de um estudo de caso do processo de descentralização do SUS no município do Rio de Janeiro. Pretendeu-se mostrar, através de uma experiência concreta, como uma grande metrópole enfrentou os desafios que envolveram (e que ainda envolvem) o processo de descentralização da saúde relacionando-o ao plano das relações intergovernamentais, analisando a trajetória percorrida pelo município do Rio de Janeiro no período da implantação do SUS na cidade até sua habilitação como gestor pleno do sistema municipal motivado tanto pela sua expressão no cenário político nacional, como pela complexidade de sua rede de saúde.

A opção por um estudo de caso está relacionada à possibilidade de explorar as relações entre “o particular e o geral”, levantando hipóteses e questões acerca dos limites e possibilidades do processo de descentralização no SUS. Além disso, seus resultados podem ser estendidos a situações similares, isto é, auxiliar a compreensão mais geral sobre a complexidade das relações intergovernamentais no campo das políticas de saúde, sobretudo em grandes capitais.

Face à natureza do objeto deste trabalho, os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa em saúde foram eleitos para guiar nosso caminho. Na verdade, trata-se de uma:

“Metodologia a qual é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.” (Minayo, 2006)

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Com essa perspectiva, a utilização dos princípios das ciências sociais se configura numa importante opção metodológica, pois possibilita alcançar o sentido que documentos e atores sociais envolvidos em nosso estudo deram às relações intergovernamentais que

envolveram o processo de descentralização da gestão da atenção à saúde do Município do Rio de Janeiro.

Para tanto, nosso estudo demandou dois caminhos: a análise documental e entrevistas com atores sociais envolvidos no movimento da descentralização da saúde no município do Rio de Janeiro. Esse trabalho de campo obedeceu à prévia apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, conforme se faz necessário, para o cumprimento das exigências preceituadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), na Resolução 196/96, em pesquisas qualitativas com seres humanos.

A primeira técnica de pesquisa foi a análise documental de fontes primárias referentes ao processo de descentralização e habilitação do município do Rio de Janeiro na condição de gestor do SUS, através do estudo de atas da CIB, Plano Municipal de Saúde apresentado por ocasião do pleito, documento de formalização do pleito aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e Resoluções. A análise documental nos permitiu conhecer como foram formalizados os requisitos, as responsabilidades e competências de cada uma das instâncias do SUS no processo de descentralização, bem como foram estabelecidos os mecanismos de repasses financeiros e se o tempo transcorrido para habilitação da gestão plena foi suficiente para o equacionamento das questões políticas e administrativas que permeiam o processo.

Ao analisarmos esses documentos tivemos o cuidado de buscar superar os três obstáculos descritos por Bourdieu (apud Minayo, 2006). O primeiro chama-se ilusão de transparência, definida como o perigo da compreensão espontânea, como se o real se mostrasse nitidamente ao pesquisador, o que poderia levar ao risco de chegar-se a conclusões simplistas em detrimento do real significado do texto. O segundo é o risco de sucumbir à magia dos métodos e das técnicas, esquecendo-se do real significado do material e o terceiro é a dificuldade de se juntarem teorias e conceitos do referencial teórico com os dados recolhidos nas fontes primárias.

A segunda técnica utilizada foram entrevistas semi-estruturadas com sete atores sociais estratégicos como gestores do município do Rio de Janeiro, da Secretaria Estadual de Saúde, do Ministério da Saúde e do Conselho de secretários municipais de saúde (COSEMS) que estiveram envolvidos no processo de descentralização. “A boa seleção dos sujeitos ou

casos a serem incluídos no estudo é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões” (Minayo, 2006).

A entrevista é um precioso instrumento para obtenção de dados e uma técnica privilegiada de comunicação e interação social. É capaz de revelar os princípios ideológicos, éticos, morais e crenças dos interlocutores, de que modo transmitem seus pensamentos e manifestam seus sentimentos compartilhados com outros indivíduos em circunstâncias históricas, socioeconômicas e culturais semelhantes (Minayo, 2008).

A coleta de dados foi feita através de conversa com finalidade, guiada por roteiro temático semi-estruturado, emergente do quadro teórico relacionado ao nosso objeto “*As relações intergovernamentais que envolveram o processo de descentralização da gestão da atenção à saúde para o município do Rio de Janeiro*” (Anexo I)

As entrevistas foram individuais, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. O aprofundamento do conhecimento sobre nosso objeto foi desenvolvido, no estudo em pauta, através da técnica de análise de conteúdo, definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2007:37)

Através deste percurso buscou-se evidenciar um sentido subliminar, através de significantes ou significados, ou seja, outras realidades advindas do discurso. A modalidade trabalhada foi a temática, através da sistematização de valores, ideologias, modelos de conduta, normas de integração a um grupo social (Bardin, 2007). Para análise dos dados foram aplicados procedimentos metodológicos de decomposição e distribuição, segundo as unidades temáticas e de contexto; descrição dos resultados em categorias; realização de inferências e interpretação teoricamente fundamentada de resultados (Gomes, 2008).

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II)

CAPÍTULO 3

Contexto da Descentralização da Saúde na década de 1990

3.1- Modelo predominante no padrão das Relações Intergovernamentais pós 1988.

No primeiro capítulo vimos que mudanças profundas marcaram a Federação brasileira no final da década de 80. No campo das políticas sociais a reforma redesenhou os padrões de prestação de serviços e definiu uma nova distribuição de função para cada nível governamental.

Todavia, essa definição de funções nem sempre foi claramente especificada no texto constitucional, optando por delegar que a execução de políticas públicas fosse feita em cooperação entre municípios, estado e União (Abrucio & Franzese, 2008). Assim, a Constituição deu forma a uma estrutura federativa de tipo cooperativo⁴ no que diz respeito às relações intergovernamentais.

Esse modelo descentralizador, adotado pós 1988, ocorreu de forma variada no país como um todo e os papéis dos entes definidos constitucionalmente não foram absorvidos de pronto; variantes culturais, históricas, econômicas e políticas estiveram presentes em todo o momento.

Almeida (2007) discute que o redesenho das relações intergovernamentais ocupou o centro, tanto dos esforços de reordenamento fiscal, quanto da reforma do sistema de proteção social. Prossegue argumentando que do ponto de vista programático, a Constituição de 1988 era amplamente descentralizadora tanto no conteúdo, quanto na defesa promovida pelas forças políticas responsáveis por sua aprovação. Entretanto, o processo de mudança do Estado federativo no Brasil apresentou-se de forma muito mais complexa do que o imaginado, imputando resultados menos descentralizadores do que o esperado.

⁴ Embora tenhamos apontado no capítulo 1 que relações de competição e cooperação são da natureza das federações, é conveniente assinalar que o federalismo cooperativo se caracteriza por formas de ação conjunta entre níveis de governo, resguardada a autonomia de decisão e a capacidade financeira das unidades subnacionais.

Isso, em boa parte esta relacionado a ampla autoridade jurisdicional concedida a União no texto da Constituição. Formulou-se um desenho de Estado federativo em que os governos subnacionais têm responsabilidade pela execução das políticas públicas, mas a União tem respaldo para legislar sobre suas ações (Arretche, 2009).

Dessa forma, os formuladores da Constituição não criaram um ambiente institucional que protegesse o texto e as intenções originais de autoridade da Carta, evitando mudanças facilitadas por simples aprovação de emendas.

Ribeiro (2009) relata que no plano federal os governos Fernando Collor, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, ainda que com tendências diversas, apresentaram características de concentração de poder desafiando a condução estatal nos processos de descentralização. Em parte muito se deve a busca do equilíbrio fiscal sempre perseguido pelos governos, por outro lado, comprometeram a capacidade de seus ministérios nos processos de coordenação das políticas.

Em 1994, com o início do Plano Real e a estabilização da moeda, o Governo Fernando Henrique Cardoso acabou produzindo ações que levaram a uma centralização intensa no campo das políticas públicas.

Arretche (2009) destaca que a partir de 1995 as elites do governo central usaram estrategicamente essas oportunidades institucionais para ampliar a capacidade de regulação da União sobre as políticas de estados e municípios. Assim, um centro forte, tornou-se ainda mais forte.

Nessa análise das relações estabelecidas entre os governos na história mais recente do país, é importante ir um pouco além das divisões de competências e compreender também como operacionalizar políticas sociais tão amplas quanto às previstas no texto constitucional. As formas e meios para dar alcance de políticas amplas dependem de certa forma, de uma coordenação mais centralizada.

Abrucio (2008) argumenta que os processos de centralização ocorridos mais recentemente, tiveram na coordenação de políticas públicas um elemento-chave, diferentemente do período passado. Essa equação nada simples de um Estado com legado centralizador, em um país de grandes desigualdades, com demandas democráticas e

descentralizadoras nascidas da redemocratização, necessita de um modelo mais equilibrado para ofertar melhores resultados.

Esse modelo, para o autor, deve provir de uma coordenação estratégica para lidar com tensões e complementaridades entre autonomia e interdependência, elementos essenciais às democracias federativas.

No caso das políticas públicas, essa relação histórica mais ligada ao jogo do poder, deve ser associada à própria trajetória histórica dessa política, para o entender o funcionamento dos Welfares. É importante considerar as variáveis não somente de ordem temporal, como também os caminhos que trilharam cada setor, em termos institucionais e de coalizões de apoio.

3.2- A emergência de um novo modelo de saúde nos anos 90.

Segundo Arretche (2002), a constituição de um Sistema Único foi a mais importante decisão de reforma social da década. As funções de Estados, Municípios e União foram definidas na Constituição de 1988 com forte traço ao estímulo da descentralização das ações de saúde em um sistema unificado e hierarquizado.

A diretriz da descentralização no campo da saúde no Brasil fez parte da agenda da reforma sanitária, e é entendida como uma estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais na formulação e implantação da política de saúde. Constitucionalmente estabeleceu-se que o SUS deveria ser descentralizado e hierarquizado, cabendo ao município a responsabilidade de prestar atendimento à população e à União e aos estados a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho desta função. A idéia de centralidade do município no funcionamento do sistema geraria a capacidade de enfrentar com maior agilidade os problemas de saúde locais.

Assim, o sistema de saúde brasileiro adquiriu um desenho muito particular. Campos (2006) ressalta que definiram-se diferentes papéis quanto à autoridade sanitária e quanto às funções de gestão de cada instância de governo. O governo federal tem a função de coordenação do Sistema Nacional de Saúde e é responsável por garantir parte de seu

financiamento. O Ministério da Saúde é o gestor federal do sistema, com a função de coordená-lo, co-financiá-lo e de fornecer o apoio necessário aos estados e municípios.

Viana & Machado (2009) descrevem que nos anos noventa, o Ministério da Saúde passou por um processo de redefinição político-institucional. Dois movimentos no interior da gestão federal aconteceram simultaneamente: a unificação do comando nacional sobre a política e a descentralização político-administrativa, envolvendo também estados e municípios.

No que diz respeito aos entes subnacionais, o estado tem a atribuição de coordenar o sistema estadual de saúde, exercer o papel de “articulador” do sistema, bem como conduzir o processo de regionalização da atenção, embora essa atribuição tenha ficado mais clara a partir da publicação da Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) em 2001. Segundo Gerschman (2002), no processo de descentralização da saúde a maioria dos estados se mostrou ausente, oferecendo pouco ou nenhum empenho na organização e no desenvolvimento de áreas supramunicipais de saúde.

O maior problema no processo de implementação do SUS nos estados relacionou-se as dificuldades encontradas pelos gestores no estabelecimento dos limites de competência dos sistemas municipais de saúde e na própria articulação de um sistema estadual. Tal dificuldade tangencia o estabelecimento das relações intergovernamentais e o próprio processo de descentralização.

Ainda como questão relevante, o governo federal tendeu especificamente no campo das políticas sociais, a manter um relacionamento direto com os governos municipais, reduzindo ou até dispensando a participação da esfera intermediária de governo⁵.

“...Observou-se um fortalecimento das relações entre União e municípios e uma omissão das secretarias estaduais na coordenação, articulação, apoio técnico e regulação dos serviços de saúde perante seus municípios” (Abrucio & Costa, 1999).

⁵ Na saúde houve uma tendência forte de negociação direta, particularmente, no processo de habilitação dos municípios promovido pelas Normas Operacionais Básicas.

Essa questão torna-se analiticamente relevante, uma vez que, diante da institucionalidade clássica federativa, os estados membros da federação podem tornar-se coadjuvantes na produção das principais políticas sociais.

Aos municípios coube grande parte nesse processo de descentralização; as secretarias municipais são os gestores únicos em seu território, coordenam o sistema local e estão encarregadas da gestão da rede de serviços. A municipalização da gestão dos serviços de saúde foi o elemento central na agenda de reformas do governo federal durante os anos 90.

O que torna relevante e ao mesmo tempo desafiador no processo de descentralização da saúde no Brasil é a tentativa de formação de um sistema nacional de saúde. Para Viana et al (2002):

“...Isso impõe mudanças de peso no papel, nas funções e nas competências dos três níveis de governo e produz simultaneamente, um tipo específico de relacionamento entre as esferas, de forma a ocorrer à integração, articulação e regionalização entre os serviços, instituições e níveis de governo” (Viana et al, 2002)

Por outro lado, conforme aponta documento do COSEMS-RJ (1997), esta definição de competências e responsabilidades de cada esfera governamental, esteve dependente de dois conjuntos de normas e proposições principais: as determinações constitucionais de 1988 e o debate sobre a reforma do Estado. Ampliando essa arena, *a priori*, de difícil compatibilidade, durante os anos noventa um conjunto de leis federais foi aprovado⁶ e modificou mais ainda o modelo original do SUS⁷.

⁶ A EC 15/1996 e a Lei Kandir foram apenas parte de um conjunto de leis federais que impôs expressivas perdas de receitas aos estados e municípios brasileiros. (Arretche, 2009).

⁷ As Leis 8.080 e 8.142 que regulamentaram as disposições constitucionais sofreram vetos governamentais. Isso, com relação ao financiamento setorial, comprometeu de imediato a implantação dos repasses fundo a fundo o que acabou por prolongar as relações intergovernamentais por mecanismos convencionais e caso a caso (COSEMS-RJ, 1999).

“De fato, não foram de pequena monta as mudanças no status quo federativo brasileiro nos anos 1990. Elas implicaram expressivo fortalecimento do controle exercido pelo governo federal”
(Arretche, 2009)

O modelo de descentralização do Sistema Único de Saúde caracterizou-se, assim, por concentrar autoridade no governo federal. A condução e coordenação do processo de descentralização ficaram sob responsabilidade do Ministério da Saúde, e a normatização foi o principal instrumento utilizado para a regulação. Portarias editadas anualmente, geralmente atreladas a transferências financeiras, foram os principais instrumentos utilizados para modelar esse processo durante a década de 90 e início da década seguinte.

Combinadas ao processo centralizado de formação do Estado brasileiro, a caracterização desse sistema nacional acabou tornando o Ministério da Saúde no ator mais poderoso dessa arena.

Embora na prática, isso possa significar que pouco de normatização “resta” para os demais níveis (Arretche, 2003), essa concentração de poderes no governo federal não é totalmente incompatível com políticas setoriais de descentralização. Como Abrucio (2005) ressalva, a descentralização requer um projeto nacional e construção de novas capacidades dos governos subnacionais, cabendo ao governo federal repassar funções e exercer seu papel de coordenação.

Assentindo a esse raciocínio, Viana & Machado (2009) defendem que o modelo de organização do SUS, protagonizado pelo governo federal, nessas duas últimas décadas se coaduna com o movimento geral de centralização e processos de descentralização setoriais, com a conformação no plano federal de estratégias de coordenação intergovernamental, resguardado o período inicial de implantação, pressionado pelas reformas do governo Collor.

3.3- Estratégias de condução da política de saúde no SUS e alguns resultados.

Durante os anos 90, foram criados diversos instrumentos e mecanismos que estabeleceram estratégias importantes para a condução do processo de descentralização da política de saúde no Brasil.

O Ministério da Saúde utilizou as Normas Operacionais Básicas (NOBs) como instrumento de definição das regras de funcionamento do SUS. Foram publicadas três Normas Operacionais durante o período de 1990 a 2000, sendo que as duas últimas com componentes que reforçavam a indução da participação mais ampla dos municípios no sistema.

“As NOBs não representam apenas estratégias de indução ou de constrangimento do processo de descentralização; ao contrário, passam a configurar outros espaços de pactuação de interesses na área da saúde” (Viana et al., 2002)

Na avaliação dos autores, as Normas Operacionais permitiram a incorporação de novos atores na arena decisória da política e permitiram melhorar a capacidade de regulação do sistema. Foram veículos ainda para a introdução de alguns elementos que reforçavam o processo de descentralização, como: a exigência da criação dos conselhos de saúde e das Comissões Intergestores (CIB e CIT) e estímulo ao desenvolvimento de capacidades na gestão (aprendizado institucional).

Por outro lado, a lógica geral de concentração das funções de financiamento no governo federal vai acarretar que as políticas desenvolvidas no âmbito local se tornem dependentes dessa transferência federal. Além disso, a estratégia de impulsionar o processo de descentralização, através de Portarias editadas pelo Ministério da Saúde – as NOBs, reforça a concentração de autoridade na formulação das regras para estados e municípios no nível federal (Arretche, 2003).

Contudo, as edições das NOBs foram apontando que, a cada nova Norma publicada ia se aprofundando e adequando o processo de municipalização. Em que pese tratar de forma igual municípios e estados desiguais, resultados importantes foram surgindo. Como demonstraram Arretche (2002) e Viana *et al.* (2002), no ano 2000, 99% dos municípios estavam habilitados junto ao SUS, aceitando, assim, as normas da política de descentralização do governo federal.

As transferências automáticas *fundo a fundo*, destinadas ao financiamento das ações estratégicas e serviços de saúde, atingiram em dezembro de 2000, 5450 municípios brasileiros e oito estados, representando cerca de 61% do total de recursos federais para custeio da assistência (Viana, 2002).

Com base nos resultados da *Pesquisa de Avaliação da Instituição da Gestão Plena do Sistema Municipal*, Viana *et al.* (2002) concluíram ter havido um progresso positivo entre municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), entre 1998 e 2000, com melhoria nos padrões de oferta –capacidade instalada, produção e cobertura de serviços ambulatoriais e hospitalares-, financiamento e gasto federal nos diferentes níveis de atenção.

Isso se traduz em melhores oportunidades de acesso e intensificação na utilização dos serviços, embora, não se tenha no estudo referências sobre quais segmentos da população foram mais ou menos beneficiadas.

Outro aspecto importante do estudo foi a constatação de que municípios com trajetórias de habilitação, sobretudo os que atingiram modalidades mais qualificadas (como a semiplena –NOB 93 e plena –NOB 96), apresentam melhores condições institucionais e administrativas para a gestão pública de saúde.

Dessa forma, podemos observar que o processo de descentralização da política de saúde conduzido pelo governo federal, serviu como estímulo para o fortalecimento institucional e o melhor preparo dos governos locais para o gerenciamento de sua rede. Muito embora, o cenário dos anos 1990 não tenha sido favorável a todas as mudanças que se propunham as NOBs, e isso tem relação direta com os resultados esperados, o “jogo de regras” operado pela política federal teve larga aceitação das instâncias decisórias do SUS.

No que se refere à cidade do Rio de Janeiro, traremos no próximo capítulo a trajetória de adesão do município ao SUS, com todas as especificidades de uma cidade-capital que concentra grande número de unidades públicas em seu território.

CAPÍTULO 4

A Cidade do Rio de Janeiro

4.1- *Do século XX ao século XXI: a cidade e sua história.*

A cidade do Rio de Janeiro, como qualquer grande cidade, é única. Cercada de uma beleza exuberante que lhe conferiu o título de Cidade Maravilhosa esta metrópole viveu momentos de intenso progresso, passando por grandes reformas na gestão de Pereira Passos que a transformou em objeto de desejo de brasileiros e estrangeiros, em contraste aos momentos vivenciados nas duas últimas décadas do século XX, onde começa a sofrer um processo de esvaziamento econômico e financeiro que põe em cheque seu forte peso político.

Para que possamos compreender nossa história mais recente é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos nesse processo. A história recente do Rio de Janeiro pode ser dividida em três momentos: Distrito Federal Republicano (1889-1960), Estado da Guanabara (1960-1975) e Município do Rio de Janeiro (1975 – até a atualidade).

O fato de ter sido capital da República garantiu a ela uma singularidade em termos de herança com o passado. Conhecer o Rio de Janeiro exige ter presente o significado da capitalidade (Lessa, 2005), essa mesma capitalidade que a deixou como legado marcas na sua conformação urbana que a diferencia das demais capitais brasileiras. Na capital da República concentra-se o conjunto de órgãos que materializam a idéia de nação, as novidades urbanísticas, arquitetônicas, culturais que imprimem marcas de modernidade e despontamento para o futuro.

No início do século XX, o engenheiro Francisco Pereira Passos assumiu a prefeitura da então capital federal e comandou o mais importante processo de reforma implementado no tecido urbano da cidade (Santos & Motta, 2003).

O surgimento de uma nova cidade após as intervenções urbanísticas atraiu moradores das áreas rurais certos da possibilidade de melhoria de vida. Esses recém-chegados moradores

foram ocupando os morros das regiões próximas ao centro da cidade - coração comercial e financeiro - que ofereciam espaço para ocupação⁸ (IPP, 2003).

Dessa forma as contradições da cidade foram se dando, as favelas aos poucos vão se expandindo atraídas pela expansão urbana e demanda de serviço. A forma de ocupação acontece numa espécie de consenso, áreas sem valor, ocupadas por uma população que constituía mão-de-obra barata. Em 1942, na Zona Sul da cidade existia dez favelas. Esse número sobe para vinte e cinco dez anos mais tarde e a cidade já somava ao todo cento e treze favelas (Lessa,2005).

Nesse momento a prioridade não era a discussão das favelas, e sim o desenvolvimento com a abertura de novas vias de integração como as Avenidas Brasil e Presidente Vargas, o crescimento de Copacabana como a glamourosa manifestação da cidade, e como grande novidade a intensificação do fluxo inter-regional. As migrações internas vieram principalmente de Minas Gerais e do Nordeste.

Dos anos 50 aos anos 70 os governos vão se preocupando em expandir a malha viária da cidade para dar suporte ao número cada vez maior de automóveis que circulavam, muito em parte impulsionados pelo setor automobilístico aqui instalado. A necessidade de produzir uma “cirurgia urbana” para comportar a nova malha viária serviu de pretexto para a remoção de moradias irregulares. Esse novo projeto implicava na remoção de favelas. O governo de Carlos Lacerda removeu entre 1961 a 1965 vinte e sete favelas num total de 8078 habitações.

A política de remoções foi fundada na construção de conjuntos habitacionais construídos preferencialmente em bairros situados na zona oeste e suburbana da cidade e quase sem envoltório urbano que permitisse a real fixação desses moradores. A Cidade de Deus que recebeu moradores de 63 comunidades foi um exemplo do fracasso dessa política. Apesar do investimento as favelas iam crescendo e os conjuntos habitacionais se degradando.

Após décadas douradas, o Rio perdeu progressivamente o prestígio muito em parte pela transferência da capitalidade para Brasília em 1960, que segundo Lessa (2005), é marco de uma evolução político-institucional ainda inconclusa. Ganha assim, *status* de estado da Federação. A cidade/estado da Guanabara se manteve até o ano de 1975, quando sob

⁸ São eles: São Carlos, situado hoje no bairro do Estácio; Providência, no bairro de Santo Cristo, e; Santo Antônio, hoje atual Avenida Chile.

comando do governo autoritário do Presidente Geisel, decidiu-se então pela fusão da Guanabara com o Rio de Janeiro, circunscrevendo a cidade aos poderes bem mais limitados de município.

“Uma das primeiras iniciativas políticas tomadas pelo presidente Ernesto Geisel, após tomar posse em 1974, foi enviar ao Congresso Nacional uma mensagem apresentando um projeto de lei que previa a fusão entre a Guanabara e o estado do Rio de Janeiro. O projeto teve rápida tramitação e foi transformado em lei na sessão de 1º de julho (Lei Complementar nº 20)” (Alerj,2008).

Esse ato representou uma mudança profunda na vida da cidade e principalmente de seus habitantes, mais do que a união de duas unidades federativas a fusão promovia a junção de duas culturas políticas formadas a partir de matrizes diferentes e que sempre relutaram em pensar num processo de integração.

Ancorado na proposta do Brasil Potência, o Governo Geisel preocupou-se em reservar para o Rio de Janeiro o papel de pólo das novas indústrias e das atividades tecnológicas de ponta⁹. O novo papel proposto não interrompeu, entretanto a contínua transferência de burocracias para Brasília. A Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ), em vez de atrair indústrias, perdeu importantes unidades industriais¹⁰.

Nos anos 80 pode-se sentir de fato o fracasso da tentativa de industrialização do Rio de Janeiro, assim como se sentia a perda da transferência da capital para Brasília. A expressão “esvaziamento” do Rio tornou-se freqüente em todas as rodas de debate. Ainda assim, tentava-se reeditar o discurso de instalação de pólos tecnológico-industriais no município do Rio.

A progressiva crise fiscal sufocou diversas administrações municipais, culminando de forma triste com a admissão de falência da cidade em 1988 na gestão de Saturnino Braga.

⁹ Para tanto instalou a Nuclebrás, deu impulso a biotecnologia fortalecendo a Fundação Oswaldo Cruz e fundou a Companhia Brasileira de Computadores (Cobra) em Jacarepaguá.

¹⁰ Fecharam as portas a FNM, a Standard Eletric. Foi desativado o programa da Nuclebrás, e mais tarde a Cobra também encerrou suas atividades.

A recuperação desse capítulo triste na história da cidade começa com a Constituição de 1988 onde se promoveu uma descentralização fiscal, permitindo que a cidade recuperasse a capacidade de investimento público.

Há que se destacar também as mudanças na ocupação do solo da cidade com o crescimento acelerado das baixadas da Barra da Tijuca e Jacarepaguá, aumentando a superfície edificável do Rio de Janeiro e projetando a cidade para uma região sem infraestrutura para acompanhar sua rápida ocupação.

O Rio trafega para a pós-modernidade, sujeito aos efeitos e influência da globalização (Lessa, 2005). O Rio não voltará à centralidade anterior da sua imagem-capital, é impossível pensar na volta ao seu papel passado. Entretanto, no Rio de Pereira Passos, reforma urbana correspondia à “cirurgia urbana”, ou seja, transformações radicais na malha urbana via obras públicas. Hoje, a reforma urbana que a cidade exige, está referida às políticas de ampliação do acesso aos serviços públicos, sejam de educação, saúde ou infra-estrutura urbana, em especial moradia.

4.2- O desafio da saúde na cidade capital.

Com o advento da Constituição Federal de 1988 os municípios obtiveram o reconhecimento de ente autônomo da República Federativa do Brasil. Esse reconhecimento trouxe, entretanto, responsabilidades em relação às crescentes demandas pela ampliação das políticas sociais. Particularmente no setor saúde, o reconhecimento do direito universal colocou em pauta também dilemas como a dissonância na partição dos tributos, o real esclarecimento quanto às competências dos entes, e o desafio adicional para as grandes cidades na forma como estabelecer um relacionamento cooperativo com seus municípios vizinhos, entre outros.

Na condição de capital federal desde o período colonial até 1960, portanto, durante 197 anos, a cidade do Rio de Janeiro além de maior centro cultural e administrativo do país, se caracterizou pela construção da mais extensa rede governamental de unidades de saúde, primeiramente, da própria e antiga Prefeitura do então Distrito Federal e, posteriormente, dos

extintos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) pertencentes à época ao Ministério do Trabalho (Pessanha, 2008).

As primeiras unidades herdadas pelo estado da Guanabara em decorrência da transferência da capital foram 36 (trinta e seis) hospitais, além de 8 (oito) Centros Médico-Sanitários construídos ainda na década de 20 do século passado. Essas unidades atendiam a população, de forma universalizada, sobretudo a população de baixo poder aquisitivo ou desprovida de qualquer renda, usuária da antiga Assistência Pública. Como destaque o tradicional Hospital Souza Aguiar, hoje com 102 anos de existência.

Enquanto isso, os IAPs, pode-se dizer, deram origem a rede de hospitais federais na cidade. De início pertencentes ao Ministério do Trabalho e, posteriormente, ao Ministério da Previdência e Assistência Social, estavam ligados em 1966, a estrutura do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), num movimento de centralização da esfera federal. Esses hospitais prestavam assistência, exclusivamente, aos trabalhadores e seus dependentes.

Essa “repartição” motivada pela transferência da capital traz os primeiros sinais das desigualdades tanto na distribuição como na utilização dos serviços pela população do antigo estado da Guanabara.

Em 1975, com a fusão dos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, este último passa a ser denominado de Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ) e se transforma em capital do novo estado do Rio de Janeiro. A esse novo município, governado por prefeitos nomeados durante os próximos 10 anos, cabia a gestão dos Centros Municipais de Saúde - no planejamento do extinto estado da Guanabara foi previsto a construção de um Centro Municipal de Saúde para cada uma das 21 regiões administrativas existentes (cpdoc/FGV). Dos hospitais que estavam subordinados à Superintendência de Serviços Médicos (SUSEME) à época, passaram a nova Prefeitura apenas os gerais com emergência e alguns especializados nas áreas de Pediatria, Ortopedia e Geriatria todos situados nas zonas central, sul e norte da cidade. Ao novo estado do Rio de Janeiro foram alocados os institutos especializados e os hospitais gerais com emergência situados na zona suburbana e oeste da cidade, preferencialmente construídos ao longo das vias férreas.

A rede federal de saúde, além dos hospitais já citados anteriormente, foi acrescida de 16 (dezesesseis) Postos de Assistência Médica (PAM), e em 1977 passa a gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia que compunha o

Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), num novo movimento pendular de descentralização da Administração Federal (Cordeiro, 1991).

No território da cidade encontravam-se então diversos equipamentos públicos de saúde sob coordenação de diferentes governos, e ainda, simultaneamente, sem qualquer correlação, o Ministério da Saúde criado na década de 50, cuidava das ações de interiorização da Saúde Pública, atuando no controle das endemias rurais (malária, tuberculose, hanseníase e outras) e na área hospitalar administrava os sanatórios de tuberculose (Curicica) e hanseníase (Curupaiti) e os hospitais psiquiátricos (Colônia Juliano Moreira).

Portanto, no campo da saúde, as transformações político-territoriais iam sendo acompanhadas ao largo de todo o movimento. Parada (2001), em sua análise sobre a construção do Sistema Estadual de Saúde, revela que não há indícios que a fusão tenha ocorrido na área da saúde.

É importante destacar que neste período relatado, o Brasil sofreu uma forte transição demográfica, transformando-se num país de características urbanas, com um grande êxodo das populações rurais para as cidades em busca de melhores condições de vida. As ações de saúde davam-se, dentro dos limites institucionais do antigo sistema de saúde, dentro de um modelo assistencial de caráter curativo (Cordeiro, 1991).

A participação popular vai começando a se ampliar nos anos 80 e algumas mudanças importantes vão aparecer nessa década. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituição Federal de 1988 trazem a necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde, e essa política deve estar integrada às demais políticas econômicas e sociais.

Como descrito no início do capítulo, a Constituição Federal (CF) de 1988, resultante de um amplo processo de democratização, contempla com cinco Artigos a saúde e a reconhece como um direito social. Ao mesmo tempo em que funda um sistema de proteção social ambicioso, de cobertura universal, não deixa claro todas as fontes de custeio. Nesse mesmo momento há uma tendência mundial de retração econômica e os sistemas de proteção social advindos do *Welfare State*, começam a ser revistos. Agências internacionais como o Banco Mundial, vinham questionando o papel do Estado na vida social, minimizando sua ação e vinculando o valor da vida a fatores da economia, como eficiência e custos.

A publicação das Leis Federais 8.080 e 8.142/90 concebeu o nascimento do Sistema Único de Saúde na proposta de um modelo de gestão público, descentralizado, de acesso igualitário, pautado na integralidade e com ampla participação da sociedade (Artigo 198, CF,1988).

Com a direção única em cada esfera de governo – Artigo 198 – o INAMPS é transferido para o Ministério da Saúde com todo seu acervo em fevereiro de 1990, e extinto definitivamente em 1993 (Brasil, 1993). Com isso, a rede federal na cidade do Rio de Janeiro passa a ter um comando federal único.

No início dos anos 90, então, a cidade do Rio de Janeiro, já reconhecida como ente autônomo pela CF, passa a ter uma estrutura pública de saúde gerida pelos governos federal, estadual e municipal. É importante destacar que a rede privada existente na cidade era significativa, e o relacionamento com este setor guardava algumas polêmicas, como o caráter complementar em relação ao SUS.

A descentralização, aparentemente, era ponto pouco controverso dentro do escopo do Sistema Único de Saúde, mas segundo Cordeiro (1991), até que a idéia-força da municipalização prevalecesse muitas resistências tiveram de ser vencidas como:

- o desejo do setor privado em manter os contratos e convênios firmados com o órgão central do SUS,
- o nível central, através de técnicos com poder de decisão, pretendia manter funções de execução direta, inclusive a assistência hospitalar na esfera do Ministério da Saúde (MS), criando várias situações de excepcionalidade como os “centros de referência especializados”,
- o nível estadual não demonstrava empenho para explicitar a municipalização da saúde no texto da lei.

Esses dilemas, no caso específico da cidade do Rio de Janeiro, não foram totalmente equacionados. A descentralização implica necessariamente em transferência de poder decisório associado a recursos mínimos necessários para garantir o seu exercício concreto.

Com o estabelecimento de um Sistema Único, o município, local de maior proximidade entre cidadão e governante, passa a sofrer maior pressão para a facilitação do acesso aos serviços de saúde, bem como por melhoria da qualidade e excelência de sua

prestação. Essa pressão, legítima, encontra na limitação da capacidade de arrecadação dos governos municipais o maior obstáculo para resolução dos problemas. Outro desafio importante para o governo municipal ao receber por transferência unidades, é o preparo para as transformações que terão que ocorrer tanto na cultura institucional vigente, quanto em seu aparelho administrativo, sem deixar de considerar que haverá uma nova configuração de enfrentamento aos problemas de saúde locais.

Acrescido a tudo isso, a entrada do novo milênio assistiu a nova transição demográfica no Brasil, e convivemos agora com uma nova realidade, a diminuição acentuada da queda da taxa de fecundidade, queda da natalidade e o aumento da expectativa de vida. Não estamos livres das doenças do início do século e muito menos das novas que surgem. À medida que a população envelhece, esse sistema demandará mais e mais recursos.

Mediante esse histórico, a cidade é hoje gestora de um sistema de saúde grande e complexo (tabela 1), detém em seu território uma concentração de instituições federais, estaduais e universitárias que compõe uma complexa identidade administrativa que se faz presente, especialmente no setor saúde. Serviços de referência nacional, unidades hospitalares de ensino/pesquisa e grandes hospitais de emergência tornam a cidade um pólo atrativo de serviços para outros municípios, sobretudo aqueles que compõem a Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 1: Rede de saúde no MRJ - unidades de saúde/ esfera administrativa, 2009.

Descrição por Esfera Administrativa	Total	%
Federal	38	1,4%
Estadual	79	2,9%
Municipal	235	8,8%
Total Público	352	13,1%
Privado	2331	86,9%
Total Privado	2331	86,9%
Total	2683	100,0%

Fonte: DATASUS/ CNES/ MS 2009

Como vimos são imensos os desafios enfrentados hoje pelos municípios que, no caso particular do Rio de Janeiro, assumem proporções diferenciadas, pois as ações e serviços que a população necessita não se restringem apenas aquelas administradas exclusivamente pela Secretaria Municipal de Saúde, extrapolam-se por todo o território da Cidade. A descentralização na cidade transferiu parte da rede pública existente, mas a presença de outros entes no território imprime uma determinação política muitas das vezes individualizada. É necessário um diálogo contínuo com os gestores das demais redes aqui presentes, bem como, com os gestores dos municípios vizinhos que compõem a RM, num exercício permanente de cooperação, colaboração e aliança necessária quando se está em jogo uma Política de Estado.

4.3 – O Papel de “Cidade Pólo” e sua relação com a Região Metropolitana.

Instituídas a partir de 1973 no país as regiões metropolitanas brasileiras foram formadas com a idéia de submeter às grandes cidades ao planejamento urbano e possibilitar a aplicação de estímulos para a razoável distribuição da produção e do consumo em diferentes partes do país. (Paviane, 2008). Naquele momento, as ações governamentais tendiam a maximizar os recursos para os serviços de uso comum, entre eles, os serviços de saúde. Essa visão de totalidade afastaria ações pontuais, muitas vezes corporativas e clientelistas, dispersando escassos recursos públicos.

O modelo pretendido para as metrópoles esbarrou em diversos obstáculos, redundando em fracasso muitas das vezes, mas, acabaram se tornando atrativas para migrantes de outras regiões do país em busca de oportunidades nos grandes centros.

Diferentemente do processo de municipalização das políticas públicas, o processo de metropolização ainda não se concretizou de fato e generalizadamente na forma de ações políticas.

O neolocalismo ocorrido pós Constituição de 1988 deslegitimou o planejamento metropolitano como prática autoritária e produziu uma agenda pública local baseada no princípio de que todos (ou quase todos) os problemas podem ser resolvidos localmente (Melo, 2004), produzindo efeitos deletérios, sobretudo em áreas de interesse comum.

A Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) foi criada pela Lei Complementar nº 20 de 1 de julho de 1974, sendo a segunda maior área metropolitana do Brasil. A população estimada pelo DATASUS (2010) para o Município do Rio de Janeiro é de 6.186.713 habitantes distribuídos numa área de 1.182,296 Km², sendo que a região metropolitana e a capital abrigam hoje 72,6% de toda a população do estado do Rio de Janeiro (tabela 2).

De acordo com a divisão político-administrativa, a RMRJ é composta dos Municípios do Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá.

Tabela2: Características Geográficas e Demográficas do município do Rio de Janeiro

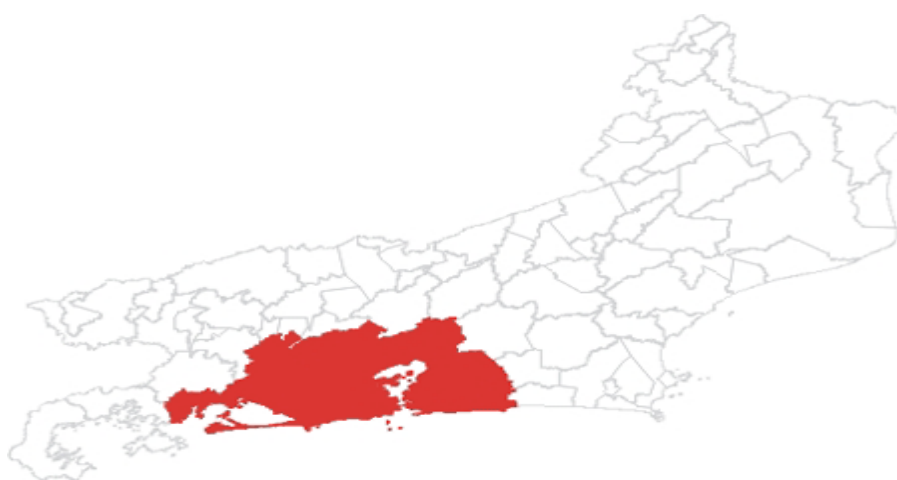
	População Residente	Área Geográfica (Km²)	Densidade demográfica (hab/Km²)
Estado RJ	16.010.386	43.696,054	366
Região Metropolitana (excluindo MRJ)	5.447.963	4.463,307	1220
Município RJ	6.186.713	1.182,296	5232

Fonte: Caderno de Informações de Saúde – DATASUS. Acesso em 07/4/10.

O Município do Rio de Janeiro pode ser considerado muito particularmente, como uma metrópole de cunho nacional. Como legado da capitalidade, a cidade concentrou em

torno de si uma série de municípios que cresceram e foram se tornando dependentes da sua dinâmica como metrópole. Configurou-se assim, uma região metropolitana que se diferencia das demais capitais estaduais pela própria formação, marcada pela original e desigual atuação de duas jurisdições distintas: o Distrito Federal e o estado do Rio de Janeiro (Lessa, 2005). (figura 1).

Figura 1- Mapa da Região Metropolitana do Rio de Janeiro



Fonte- Fundação CECIERJ, 2009.

Muitas discrepâncias se apresentam entre os municípios dessa RM, registrando um alto grau de desequilíbrio econômico e espacial entre eles. Enquanto a cidade capital apresenta um PIB de R\$ 118.979.752.000,00 e uma população de mais de 6 milhões de habitantes (IBGE, 2007), o município de Tanguá tem um PIB de R\$ 169.044.000,00 e uma população de pouco mais de 30 mil habitantes (*idem*).

A concentração de serviços de saúde na capital pode ser demonstrada através da tabela 3, onde apresentamos a distribuição de leitos hospitalares por município da RMRJ.

Tabela 3: Distribuição de leitos hospitalares por município da RMRJ.

Município	Leito SUS	Leito Não SUS	Total	%
Rio de Janeiro	14816	11554	26370	67,27%
Belford Roxo	389	70	459	1,17%
Duque de Caxias	943	498	1441	3,68%
Guapimirim	67	0	67	0,17%
Itaboraí	394	226	620	1,58%
Japeri	245	0	245	0,62%
Magé	579	15	594	1,52%
Mesquita	28	0	28	0,07%
Nilópolis	196	173	369	0,94%
Niterói	1676	1294	2970	7,58%
Nova Iguaçu	701	408	1109	2,83%
Paracambi	747	17	764	1,95%
Queimados	335	51	386	0,98%
São Gonçalo	1845	613	2458	6,27%
São João Meriti	921	138	1059	2,70%
Seropédica	51	0	51	0,13%
Tanguá	160	52	212	0,54%
TOTAL	24093	15109	39202	100,00%

Fonte : CNES/DATASUS/MS – Atualização Ago/2009.

A descentralização e o aumento da autonomia municipal acabaram por evidenciar que essas “fronteiras” entre a capital e sua região metropolitana não eram suficientemente demarcadas para enfrentar os limites da ação municipal. Seria então necessário considerar que no estabelecimento do processo descentralizatório deveria constar uma cooperação horizontal entre os municípios, de forma a minimizar um possível vazio político-institucional.

Abordando as singularidades do município do Rio de Janeiro, verifica-se que a descentralização da saúde na cidade se configura como um processo político contínuo, onde se faz necessário enfrentar desafios como a articulação regional para solução de problemas municipais.

No caso das RMs, a entrada de mais um ente na gestão governamental, sobrepondo-se ou superpondo-se aos já existentes, necessita um estreitamento de relações entre as três esferas de governo e seus legislativos, não podem, nem devem, ainda, ficar de fora o setor privado, as organizações não-governamentais e a sociedade civil, uma vez que há uma gama de interesses econômicos, sociais e políticos envolvidos.

Podemos concluir então que, qualquer estratégia que busque a equidade no acesso e redução das desigualdades inter-regionais passará pelo enfrentamento dos desafios metropolitanos, em especial os de cooperação intergovernamental. É imperativo, também, que a cidade capital da região metropolitana, que aqui chamamos de cidade pólo, tome para si o papel de coordenação no incentivo a ações cooperativas.

4.4- O cenário do político do Rio de Janeiro nos anos 90.

Como foi possível identificar nos capítulos anteriores deste estudo, o federalismo produz impactos importantes nas políticas públicas. Abrucio (2008) defende que o resultado dessa interação varia não apenas em razão de um arcabouço constitucional mais propenso à cooperação ou à competição, mas, principalmente, conforme a ordem dos eventos no tempo.

O grau de autonomia de cada uma das esferas está estabelecido na Constituição, mas a existência de um contrato não é suficiente para garantir a resolução de conflito entre as partes. O padrão das relações intergovernamentais desenvolvido determinará o ambiente mais harmonioso ou conflituoso entre os entes.

Fazer um breve recorte da situação do Rio de Janeiro nos anos 1990 ajudará a compreender em que contexto foi se estabelecendo as relações entre os entes governamentais pós-1988 e como esse estado e a cidade se posicionavam em relação ao cenário brasileiro.

Em estudos comparados com os demais estados brasileiros, o estado do Rio vivenciou momentos de dificuldades em um contexto mais geral, conforme relatório realizado pelo Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade- IETS (2005).

“O Rio de Janeiro viveu uma crise nos anos 90, resultado de fenômenos como o crescimento do desemprego, a expansão das favelas, o aumento da violência dentre outros que dificultaram o desenvolvimento do estado”(IETS,2005).

O Brasil terminou a década de 90 com uma renda per capita de R\$ 297,23, o que representou um crescimento de 29% entre 1991 e 2000. O Rio de Janeiro, em 2000, permaneceu com a terceira maior renda média per capita (R\$ 419,90), logo atrás de São Paulo (R\$ 442,70) e do Distrito Federal (R\$ 605,40). Entre os três estados, o Rio apresentou o maior aumento da renda no período (33,7%), percentual bem próximo de Brasília (28,2%), e quase o dobro de São Paulo (15,6%).

Houve avanços, mas de maneira geral, o ritmo deixou a desejar, e o Estado do Rio perdeu posições entre as unidades da federação no que se refere ao desenvolvimento humano. Em 1991, era o terceiro no ranking; em 2000, caiu para quinto lugar (PNUD, 2003).

No campo das relações intergovernamentais, a relação do Governo Collor com o governo estadual comandado por Leonel Brizola (entre 91 e 94) era de desprestígio ao estado¹¹. Toda a pauta de reivindicações encaminhada pelo governo estadual ao governo federal não saía do papel.

“A pauta de reivindicações que Brizola apresentou a Collor, contém dez pontos, entre os quais, a estadualização da Light e da TVE, o financiamento de casas populares, de CIEP's, segurança, construções de hospitais na Baixada Fluminense (já aprovado no Governo Moreira), o Programa Casa Comunitária de Assistência Materno-Infantil e Educação Alimentar. O caso do convênio com a Caixa

¹¹ Embora o Governador tenha apoiado o Presidente Fernando Collor, tendo inclusive como contrapartida ao apoio, conseguido a implantação, pelo governo federal, dos Centros de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (Ciacs), modelos inspirados nos CIEPs.

Econômica e liberação de US\$ 90 milhões para o Projeto "Ambiente Rio" e a enrolação da Caixa em negociar a dívida do Estado, são fatos que desesperam o Governo Fluminense e provocam declarações céticas como a do Secretário de obras Bocayuva Cunha: "o presidente tem que resolver, não pode ficar, desmoralizado." (Jornal Inverta,1991)

Com a saída de Collor após o processo de impeachment, Itamar Franco assume e o governo do Estado do Rio de Janeiro persiste numa situação de isolamento político. O desejo do governador de chegar à Presidência da República, de certa forma, tornava os presidentes alvos de críticas e contribuía para o distanciamento das relações.

Em abril de 1994, Brizola deixa o governo estadual para disputar as eleições presidenciais. Nilo Batista assume até o final do mandato. Os oito meses restantes de governo foram marcados por uma relação tensa com o governo federal, onde cogitou-se, inclusive, uma intervenção federal no Rio de Janeiro pela explosão da violência na cidade, aliada a corrupção na polícia carioca.

Em outubro, Marcelo Alencar é eleito governador e vai dirigir o estado até 1 de janeiro de 1999. Dissidente da legenda pedetista, vindo de formação brizolista, o novo Governador conhece muito intimamente a capital do estado dirigida por ele recentemente.

Ao mesmo tempo Fernando Henrique Cardoso assume a Presidência da República. Governador e Presidente pertenciam à mesma legenda - PSDB, isso facilitava o diálogo, entretanto, o estado do Rio de Janeiro viveu um momento de grande endividamento que chegou a razão de três vezes o valor de sua receita em 1997 (Veja on-line, 1997), e o fato de pertencerem ao mesmo partido não significou um tratamento diferenciado no modo como o governo FHC se relacionou com os governos estaduais¹².

Nas eleições de outubro de 1998, Anthony Garotinho vence em segundo turno, derrotando o candidato do PFL e ex-prefeito do Rio de Janeiro, Cesar Maia. As relações entre Governo Federal e estado mantiveram-se bem distantes.

¹² Abrucio (2002) relata muito detalhadamente a relação entre o governo FHC e os governos estaduais no texto "A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula".

Na abrangência cronológica da nossa investigação, nenhum governador conseguiu influir na eleição direta de seu sucessor, sendo, portanto, todo novo governador um elemento oposicionista em relação ao governo anterior. Mas, interessante notar que a orientação política tanto de Marcelo Alencar, como de Anthony Garotinho teve início no PDT de Brizola.

Recuperaremos agora a trajetória das eleições municipais incluindo um período um pouco anterior a 1990, mas que terá importância direta nas análises sobre o processo de descentralização na cidade.

A primeira eleição para a prefeitura do Rio, em 1985, foi vencida, com facilidade, por Saturnino Braga, candidato do então governador Leonel Brizola (que desfrutava na época grande popularidade junto ao eleitorado carioca). No entanto, as dificuldades enfrentadas pelo déficit crônico que se arrastava desde a fusão, acabaram por levar o prefeito a decretar a falência do município. Nesse momento já havia um distanciamento entre os dois políticos.

“Sua gestão à frente da prefeitura (Saturnino) foi marcada por greves e rupturas. Em 1988, no último ano de seu mandato, decretou a falência do município do Rio de Janeiro. Hostilizado pelo vice-prefeito, Jó Rezende, Saturnino Braga rompeu com Brizola e saiu do PDT, filiando-se mais tarde ao PSB”. (O Dia On line, 2008)

Mesmo longe do governo do estado, Brizola ainda influenciou na eleição municipal seguinte. Como descreve a pesquisadora do Centro de Pesquisa e Documentação da Fundação Getúlio Vargas, Marly Motta (2008), aproveitando o desgaste dos governos federal (Sarney) e estadual (Moreira Franco 1987- 1991), Brizola ajuda a eleger Marcelo Alencar prefeito (1989 a 1993).

A eleição de 1992 é um importante marco na história das eleições municipais do Rio. Segundo a historiadora, pela primeira vez a prefeitura foi reconhecida como espaço de poder, e o prefeito teria força suficiente para tentar fazer seu sucessor. Marcelo Alencar então lança a candidatura de Luiz Paulo Correa da Rocha, contrariando a vontade de Brizola. Este, que retornara ao governo estadual em 1990, indica pelo PDT a radialista Cidinha Campos, e marca posição para assegurar sua participação no processo eleitoral. Cesar Maia, candidato independente, vence a eleição em segundo turno, e pelas análises políticas da época, muito se

deveu ao enfraquecimento político do governador e o processo de impeachment do presidente Collor, expressando um desejo de mudança do eleitorado. Como cita a reportagem do jornal *O Globo* (2008):

“Cesar Epitácio Maia chegou ao poder em 1993 como azarão, sem força, sem equipe, sem partido e sem carisma”(Jornal O Globo,2008).

A eleição municipal de 1996 marcou um novo momento eleitoral na cidade, por um lado, sem poder concorrer à reeleição, o prefeito Cesar Maia aposta no desejo de continuidade do eleitorado carioca e indica o Secretário de Urbanismo Luiz Paulo Conde, com pouca experiência política, para disputa.

A campanha candidato Luiz Paulo Conde, se sustentou, em larga medida, na tentativa de se identificar o candidato, pouco conhecido, como o sucessor de uma política voltada para o estabelecimento da ordem urbana e a imagem de “construtor” da cidade, semelhante ao antecessor e ao primeiro Governador da Guanabara, Carlos Lacerda.

De outro lado, o governador Marcelo Alencar indica o deputado estadual Sergio Cabral para concorrer à eleição, posicionando em campos opostos prefeito e governador.

Com a vitória de Luiz Paulo Fernández Conde, podemos constatar que, durante o período de análise desse estudo a prefeitura do Rio de Janeiro apresentou uma tendência de continuidade em seu modo de governar, nas plataformas dos três prefeitos que se sucederam estiveram presentes medidas voltadas para o reordenamento e a recuperação do espaço urbano.

Durante a década de 90 a relação municipal/federal foi perpassada por certo grau de entendimento. Com a descentralização fiscal proporcionada pela Constituição de 1988, a cidade foi recuperando alguma capacidade de investimento público, embora submetida às dificuldades impostas pela macroeconomia nacional. Pós-Collor, as relações entre governos municipal e federal tenderam a certo alinhamento, principalmente depois da eleição de Fernando Henrique Cardoso, em 1994.

CAPÍTULO 5

A construção do SUS na cidade do Rio de Janeiro: 1990 a 1994.

5.1- Os primeiros passos do Sistema Único de Saúde na cidade do Rio de Janeiro

A idéia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, através de uma rede regionalizada e hierarquizada, prevista no texto constitucional de 1988, materializa as aspirações daqueles que lutaram pela reforma sanitária e também de amplos segmentos da sociedade. Para os municípios o reconhecimento de ente autônomo trouxe, entretanto, responsabilidades em relação às crescentes demandas pela ampliação das políticas sociais, particularmente no setor saúde. O reconhecimento do direito universal colocou em pauta também dilemas como a dissonância na partição dos tributos, o real esclarecimento quanto às competências dos entes, e o desafio adicional para as grandes cidades na forma como estabelecer um relacionamento cooperativo com seus municípios vizinhos, entre outros.

Embora de anseio coletivo, há que se reconhecer a complexidade de implantação administrativa do SUS, realizada em contexto de flagrantes desequilíbrios regionais, refletidos em diferentes perfis epidemiológicos, capacidades instaladas e qualidade de serviços. A montagem inicial do SUS passou por uma acomodação no país inteiro, em alguns estados a situação foi pior.

O Rio de Janeiro pode ser considerado um caso especial na adesão ao SUS no Brasil. Sua história, ainda relativamente recente, de passagem de Capital Federal para Estado da Guanabara, e logo a seguir transformado em Prefeitura e capital do Estado do Rio de Janeiro, marcou fortemente a presença de três entes federativos nesse espaço territorial, e deixou como legado o peso do serviço público dessas três esferas.

A falência da Prefeitura em 1988 dava o primeiro sinal do que representava para a cidade esse legado^{13, 14}. A grave crise econômica dos anos 80 expôs a já precária situação

¹³ O Estado da Guanabara herdou a estrutura deixada pelo Distrito Federal antes da mudança para Brasília. Assim, ficaram as unidades próprias do ex-Distrito Federal, do Ministério da Saúde, do INAMPS, das universidades, hospitais militares e aqueles destinados aos servidores públicos federais e estaduais. (Parada, 2001)

financeira da cidade que foi se arrastando desde a fusão. Ao analisar os fatores que contribuíram para levar o Rio à situação de falência, Saturnino Braga (1989) revela:

“É que o Rio de Janeiro como cidade-estado que era antes da fusão tinha a maior rede escolar e a maior rede hospitalar do Brasil. E com a fusão toda esta rede ficou sob a responsabilidade da Prefeitura e não havia recursos para mantê-la satisfatoriamente. Enquanto era o Estado da Guanabara as receitas eram somadas. Então receitas municipais como IPTU e ISS eram somadas às receitas do Estado como ICMS, por exemplo. Quando houve a separação aí restaram apenas as receitas municipais para dar conta desta rede escolar e desta rede hospitalar que mencionei”(Braga, 1989).

No início da década de 90 assistimos à gradual recuperação econômica da cidade e também o começo de uma nova fase na gestão da saúde municipal, que vinha de trocas constantes de secretários. Em março de 1991, o prefeito Marcelo Alencar nomeia como secretário municipal de saúde Ronaldo Gazolla, que se manterá por 10 anos no cargo, fato bastante singular na história política dos grandes centros urbanos.

A nova gestão começa no momento em que se espera que os municípios reformulem suas funções na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde. A organização interna se traduziu como uma preocupação inicial do corpo dirigente da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ).

A Resolução nº 387 de 24 de maio de 1991 adota providências para elaboração do Plano Anual de Trabalho e traz a primeira inovação que é a montagem do Plano em três etapas que compreendem debates no nível local, no nível regional e no nível central que ficaria com a responsabilidade de consolidação das propostas e adequação do orçamento para sua execução. A Resolução traz como último parágrafo em seu anexo a seguinte orientação:

¹⁴ Após a fusão, a nova secretaria do Estado do Rio de Janeiro, assume algumas unidades entendidas como unidades que atenderiam a Região Metropolitana e alguns hospitais especializados. (idem,lb.)

“A Secretaria Municipal de Saúde acredita que só com a ampliação da discussão e envolvimento de todos, será possível estabelecer-se um Plano de Trabalho adequado à realidade dos serviços e às necessidades da população.” (Resolução nº 387/91)

Percebem-se então os primeiros passos no sentido do estabelecimento de uma gestão mais participativa, contemplando as decisões do nível local. A Resolução nº 389 de 31 de maio de 1991 dispõe sobre o Programa de Modernização no âmbito da SMS, direcionado para ampliação da capacidade resolutiva dos dirigentes de unidades de saúde. Significava dizer que os diretores de unidade receberiam um fundo de adiantamento especial para que pudessem resolver pequenos problemas de suas unidades.

Ainda no mesmo ano criam-se comissões para elaboração de concurso público e constituição do grupo de apoio operacional para realização da I Conferência Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde foi criado por Lei em 23 de Julho de 1991.

A I Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1991, entretanto, foi marcada por ampla manifestação social liderada por sindicatos, associações e outras forças políticas, com forte pressão pela “municipalização já”. Havia uma disputa entre a posição da Secretaria de não descentralizar, de não incorporar unidades estaduais e federais, contra a posição de vários setores da sociedade que desejavam o contrário, e a Conferência terminou com uma moção pela municipalização.

Internamente, os gestores da SMS/RJ tinham uma visão de que era preciso estudar o processo, estabelecer um diálogo com o Ministério da Saúde antes de ser tomada qualquer decisão. O município vinha de uma recente situação falência e de pouco investimento na área da saúde, quando o SUS é implementado e ocasiona amplas necessidades de mudanças.

Ao mesmo tempo, a autonomia dos entes delegada pela Constituição permite que as decisões locais pela adesão as políticas coordenadas pelo nível federal ocorram de acordo com seus projetos, como destaca Arretche (1999):

“Em Estados federativos, estados e municípios – porque dotados de autonomia política e fiscal – assumem funções de gestão de políticas públicas ou por própria iniciativa, ou por adesão a algum programa proposto por outro nível mais abrangente de governo, ou ainda por expressa imposição constitucional” (Arretche, 1999).

Ao final do ano de 1991, o prefeito Marcelo Alencar, autorizou a realização de estudo que identificasse a real possibilidade econômico- financeira da Prefeitura para incorporar as unidades do INAMPS/MS prevista pelo SUS. Esse estudo, intitulado “Estudo de viabilidade da incorporação das unidades do INAMPS no município do Rio de Janeiro” guarda algumas informações de extrema relevância para o entendimento do processo futuro.

- A dificuldade para obter as informações junto ao INAMPS que pudessem subsidiar o trabalho. Tomada de contas de exercícios anteriores, por exemplo, não foram disponibilizadas alegando-se desaparecimento em função de mudança de prédio. A Dataprev só conseguiu enviar quantidade reduzida de informações.

Essa dificuldade era corrente, não só para o município do Rio de Janeiro como também para outros que tentavam obter informações. Exposição formulada pelos secretários de saúde de Timóteo (MG), Porto Alegre (RS) e São José dos Campos (SP), autores do texto “O financiamento do setor saúde no Brasil” e retratada no documento ressalta,

“Obter informações no Ministério da Saúde e no INAMPS, como em outros órgãos do Governo Federal, é praticamente impossível. Quando existem, são fornecidas parcialmente, com atraso e de acordo com a boa vontade do interlocutor escolhido, é estarrecedor imaginar como é possível gerir tal volume de recursos com tão poucas informações e dispostas de forma tão anárquica”.

- Comparando a despesa de custeio das unidades a serem municipalizadas e a arrecadação do IPTU e ISS corrigidas pelo IGPM do ano de 1990, constatou-se que a

magnitude das despesas de custeio das unidades do INAMPS a serem incorporadas¹⁵, correspondeu a aproximadamente 99,08% da arrecadação do IPTU, ou ainda, 73,16% da arrecadação do ISS.

- O déficit de profissionais de saúde na rede do INAMPS vinha se acentuando. Nos contatos preliminares entre a Presidência do INAMPS e o Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro, a Prefeitura foi informada de que caberia ao INAMPS o pagamento dos funcionários federais, respondendo o município pelo custo de reposição de pessoal, em razão do quadro do INAMPS se encontrar em extinção. Embora os reflexos financeiros não sejam imediatos, a municipalização implicaria em um comprometimento crescente de recursos orçamentários com a despesa de pessoal¹⁶.
- Em julho de 1991 a presidência do INAMPS encaminha à SMS a resolução nº 273 reeditando a NOB 01/91 onde estabelece em seu item 3.7 que o INAMPS/MS deverá descontar um percentual do teto de faturamento das unidades próprias, a título de ressarcimento pela cessão de servidores efetivos de seu quadro com a municipalização.
- A expectativa de receita com a incorporação das unidades do INAMPS era baixa uma vez que o teto da UCA para o município do Rio de Janeiro já era insuficiente e a sistemática proposta para o financiamento da atividade ambulatorial na NOB SUS nº 01/91 previa que o valor nominal da UCA seria atualizada de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS¹⁷.
- Os resultados do estudo estimaram um custo anual inicial correspondente a 103,44% do IPTU. Os custos elevariam a participação percentual da SMS no orçamento da Prefeitura de 9,05% em 1990 para 38,18%.
- A rede do INAMPS no Rio de Janeiro tem peso e representatividade no total da produção de prestadores públicos e privados na cidade em 1990.

¹⁵ O conjunto de unidades englobava os Hospitais do Andaraí, de Bonsucesso, de Jacarepaguá, da Lagoa e da Piedade. As maternidades da Praça XV, Carmela Dutra e Alexander Fleming. Os PAMs Botafogo, Venezuela, 13 de Maio, Henrique Valadares, Praça da Bandeira, Méier, São Francisco Xavier, Vila Isabel, Del Castilho, Ramos, Ilha do Governador, Penha, Irajá, Madureira, Bangu, Deodoro, Jacarepaguá e Campo Grande.

¹⁶ Segundo o estudo, havia a necessidade de contratação imediata de 4.086 novos funcionários para o conjunto de unidades a serem incorporadas.

¹⁷ Num período de altas taxas inflacionárias, a ausência de regras claras de reajustamento implica em risco para quem assume a municipalização.

Tabela 4 – Produção percentual de serviços das unidades do INAMPS – 1990

	Brasil	Rio de Janeiro
Consultas Médicas	21,04	40,99
Atendimento de emergência	10,86	50,17
Internações hospitalares	1,96	9,85

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Estudo de Viabilidade da Incorporação das unidades do INAMPS no município do Rio de Janeiro, 1991.

O significado e abrangência da municipalização na Cidade do Rio de Janeiro guardam, assim, relação direta com o tamanho e a complexidade das redes federal e estadual aqui instaladas. O resultado do estudo demonstrou que haveria necessidade de uma negociação longa com o Governo Federal para que efetivamente ela fosse concretizada. Um trecho extraído do Estudo demonstra que a municipalização não se daria de maneira rápida, atendendo ao desejo de grande parte dos seus defensores.

(...) sob o ponto de vista dos grandes centros urbanos, dotados de melhores redes hospitalares, e receptores da população de outros municípios, a questão do SUS vincula-se, fundamentalmente, a sua viabilidade econômica. (SMS/RJ, 1991).

A habilitação ao SUS nesse momento se dava por livre adesão e nesse ambiente de incertezas seria difícil, no entendimento da SMS, optar por transferir as unidades. Havia um temor por parte do corpo gerencial da SMS que a assunção das unidades sem um contrato que garantisse recursos financeiros estáveis e suficientes para o custeio do SUS no município pudesse levar mais uma vez a prefeitura a uma situação de insolvência.

De acordo com os depoimentos colhidos, havia um consenso na equipe municipal contrário a municipalização. As razões, além da questão da falta de clareza para a política de investimentos no SUS no município, se deram também pela fragilidade gerencial do

momento. O município não sabia faturar, não apresentava AIH corretamente, não tinha sistema de informação funcionando, era preciso se profissionalizar.

Por seu turno, o Ministério da Saúde queria iniciar o processo de municipalização, e não foram negociações fáceis. A intenção era oferecer um pacote de hospitais, não todos, alguns selecionados pelo próprio Ministério. Os recursos de custeio para essas unidades estariam vinculados estritamente ao repasse do teto de faturamento. Não havia acordo.

Existia por parte do Ministério da Saúde um desejo que essa descentralização, de fato, fosse concretizada. A transferência das unidades federais esteve todo o tempo em pauta, e na visão do dirigente federal entrevistado as principais razões eram:

“A gestão dos hospitais já não era mais o “negócio” do Ministério, não era possível administrar hospitais a 1200 quilômetros de distância e era preciso “se livrar” dos problemas causados por essa rede federal”.

As gestões ministeriais se alternaram bastante no período de 90 a 94 com a troca de seis ministros, sendo que dois assumiram o cargo interinamente¹⁸. Entretanto, mesmo lidando com interlocuções distintas e variações no modo de considerar a condução da implantação do SUS, em grande parte do período o Ministério da Saúde pressionava pela transferência das unidades.

Por outro lado, pensando numa relação tripartite, é importante localizar a posição estadual nessa época. A Secretaria Estadual no período da gestão do Governador Leonel Brizola (1991/1994) substituiu por quatro vezes seus secretários estaduais¹⁹. Segundo Parada (2001) essas trocas freqüentes ocorreram pela necessidade do governador manter base parlamentar na Assembléia Legislativa. Isso, de certa forma, revelou o descaso do Governo Estadual com a saúde e o seu distanciamento em participar do ambiente institucional do SUS.

Na primeira metade dos anos 90 podemos observar que a Secretaria Estadual do Rio de Janeiro era o “ator fraco” na negociação intergovernamental para a implementação do

¹⁸ Alcení Guerra (03/90 a 01/92), José Goldemberg (01/02 a 02/92), Adib Jatene (02/92 a 10/92), Jamil Haddad (10/92 a 08/93), Saulo Moreira (08/93) e Henrique Santillo (08/93 a 12/94).

¹⁹ Foram: Maria Manuela Pinto Carneiro Alves dos Santos (1991); Pedro Gomes Valente (1991/1992), Luiz Cadorna (1992/1993) e Astor de Mello (1993/1994).

SUS. A imobilização política era grande e, além da fragilidade da própria secretaria estadual²⁰, alguns fatos políticos geravam conflitos entre o Governo do Estado e o Governo Federal. Pode-se dizer que, na melhor das hipóteses, a secretaria estadual esteve em crise durante esse tempo.

5.2- Da Descentralização interna a Gestão Incipiente: as opções do município.

Em um primeiro momento, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro optou por realizar uma descentralização que vamos chamar de *descentralização para dentro*. A organização interna era a prioridade da SMS, investindo em modernização gerencial e na criação de mecanismos e instrumentos de informação.

Atendendo a primeira diretriz estabelecida no Artigo 198 da Constituição Federal, a SMS/RJ criou e implantou suas instâncias descentralizadas em abril de 1993 (Resolução SMS nº 431 de 14/04/1993). Dividindo a cidade em 10 Áreas de Planejamento, de acordo com sua localização geográfica, foram criadas 10 Coordenações de Área de Planejamento (CAP), subdividindo entre elas as 86 (oitenta e seis) unidades prestadoras de serviços (UPS) municipais, num total de 15 hospitais e 71 unidades ambulatoriais. (Ofício S/STE/CIG nº 67/96).

Esse foi um passo considerado como de extrema importância porque possibilitou que as regiões se organizassem e pudessem decidir sobre os temas do seu território, avançando dentro da lógica da regionalização. A nova política da SMS visava uma descentralização gerencial a partir da criação de subsistemas de saúde, com base na organização dos níveis de complexidade e otimização crescente dos serviços existentes.

É importante destacar que as mudanças para serem implementadas exigiram um esforço de aprendizado político, técnico e operacional das elites dirigentes e equipes técnicas

²⁰ Parada (2001) revela que a postura da maioria dos Secretários que passaram pela SES no período era crítica e contrária ao SUS.

do governo municipal. Além da *descentralização para dentro* ajustar o sistema de compras era fundamental para construção do que os atores municipais classificavam como “ter um projeto de saúde”. A introdução do sistema de registro de preços, a revisão de contratos terceirizados, as licitações programadas, dando fim às dispensas de licitação frequentemente utilizadas pelo setor público²¹, foram consideradas medidas prioritárias.

No XII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde realizado em julho de 1996²², o Secretário Municipal de Saúde do Rio realizou um balanço dos seis anos de condução da SMS, deixando claro que a descentralização interna foi a principal preocupação da gestão. Além das medidas já mencionadas, ele destacou ainda:

“(...) os mecanismos de avaliação, controle, e auditoria adotados contribuíram decisivamente para que o Município avançasse na meta de inclusão de responsabilidades e da mudança da cultura técnica dos profissionais.” (Gazolla, 1996)

A edição da Norma Operacional Básica 93 – NOB SUS 01/93 vem alterar o ritmo do processo de descentralização com forte apelo à municipalização. Na tentativa de superar alguns impasses conjunturais, financeiros e políticos presentes na NOB 91, ela apontou para um modelo de definição mais claro do papel dos entes, e deveria ser implementada de forma progressiva, de modo a evitar rupturas bruscas que pudessem desestruturar as práticas já existentes.

As alterações propostas na NOB SUS 01/93 provocaram também importante reflexo nas relações intergestores ao criar as modalidades de gestão, definir novos critérios para a transferência de recursos federais e instituir as Comissões Intergestores Bipartes.

Em fevereiro de 1994 a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a inclusão do município do Rio de Janeiro na condição de Gestor Incipiente do Sistema Único de Saúde (DOU de 03/2/94) cumprido os requisitos da Norma Operacional Básica 01/93 (Portaria MS/GM n.º 545 de 20/5/93). A negociação para a habilitação já vinha sendo pactuada com a

²¹ As dispensas de licitação que por ventura necessitassem ser feitas, eram convidados três participantes e eles deveriam fazer as propostas em envelopes fechados, segundo relato de entrevista.

²² O tema do XII Encontro realizado no Rio de Janeiro foi – Municipalização: Caminho de um novo modelo para a qualidade de vida.

Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro há aproximadamente seis meses, até que finalmente a SMS-RJ passa a ser gestora das unidades privadas contratadas ao SUS.

Ao assumir essa condição, tornando-se responsável pela aprovação e autorização das faturas dos diversos prestadores públicos e privados integrantes do SUS, bem como do controle e emissão das AIH (Autorização de Internação Hospitalar), verificou-se a defasagem entre o valor global apresentado nas faturas ambulatoriais dos prestadores e o teto orçamentário fixado pela CIB ao Município do Rio de Janeiro (SMS-RJ, 1996 – Relatório GI).

Há uma necessidade inicial de se apropriar sobre quais serviços vinham sendo ofertados por esses prestadores, identificar mecanismos para o controle da produção relatada por eles, ajustar a autorização do pagamento dentro do teto mensal estabelecido para o Rio de Janeiro e outras providências que pudessem trazer maior controle e transparência ao processo.

De acordo com o depoimento do gestor municipal, o estado demorou oito meses para entregar todos os contratos com a rede prestadora de serviços,

“eram folhas de papel almaço com a lista de aproximadamente 150 prestadores e o faturamento escrito à mão”.

Na primeira produção de serviço avaliada pela SMS-RJ foram estabelecidos alguns critérios e adotadas diretrizes para a melhor gestão desse conjunto de responsabilidades, como:

- Tetos financeiros definidos por prestador baseados na média aritmética dos serviços produzidos no semestre anterior, uma vez que houve um desproporcional aumento entre os meses de junho e setembro de 94, momentos antes da iminente municipalização da gestão.
- Tetos reduzidos aos novos prestadores credenciados no 2º semestre de 94, quando já existiam entendimentos entre a SES/RJ e a SMS/RJ de que não haveria novos credenciamentos sem a anuência da SMS/RJ que já tinha sua condição de gestão aprovada pela CIT.

- Promoveu-se inicialmente um ajuste linear de 15,45% em todas as faturas, inclusive das Secretarias Municipal e de Estado de Saúde, para a adequação aos limites orçamentários estabelecidos pela CIB, até que se pudesse avaliar prestador por prestador.
- Implantar o sistema de supervisão, controle e auditoria.
- Fixação dos tetos financeiros de cada prestador de serviço, através de Ficha de Programação Orçamentária (FPO), com publicação no D.O. Rio
- Instalação dos Fóruns de Negociação com prestadores privados e públicos.

Para permitir uma análise mais acurada dessa produção de serviços foi implantado o Boletim Informatizado de Produção Ambulatorial (BPA) que informava além da produção de serviços e de suas correspondentes despesas orçamentárias, analisar procedimento por procedimento executado, o que não existia anteriormente. A fatura ambulatorial era apresentada pelo prestador já consolidada, com o somatório dos procedimentos realizados. O prestador deveria guardar os registros individuais em seus arquivos para comprovação caso houvesse uma eventual auditoria.

A partir daí foi possível verificar alguns problemas como faturas que apresentavam volumes financeiros e quantitativos de procedimentos díspares quando comparados com capacidades instaladas semelhantes e clientela análogas. Foram verificadas situações que variavam desde faturas com quantitativos exuberantes até exames faturados sem que o prestador possuísse sequer equipamentos necessários para realizá-los (SMS-RJ, 1996 – Relatório GI).

Outros exemplos, não menos surpreendentes, puderam ser encontrados como o do prestador que, ao não encontrar na tabela SUS um determinado procedimento, alocava e cobrava em outro código a seu critério. Muito comum foi a cobrança de tomografia computadorizada substituindo o procedimento de mamografia de alta resolução, ou, cintilografia óssea para a cobrança de densitometria óssea, por não constarem da tabela.

Ainda que a Gestão Incipiente não garantisse a descentralização da gestão financeira²³, o que de fato caracterizaria maior autonomia para o município, a possibilidade de gerir a rede contratada induz a organização do seu sistema de saúde ou o reordenamento de seu modelo assistencial.

O aprimoramento da capacidade gestora da SMS RJ, ou como bem definem Viana *et al.* (2002), o aprendizado institucional, é identificado pelos resultados das entrevistas como o principal ganho desse processo, tendo sido reconhecido que se a habilitação da gestão tivesse ocorrido em 1991 não seria possível organizar o processo pela deficiência estrutural da SMS, bem como, pelo despreparo técnico para lidar com toda essa complexidade.

5.3 – O início da CIB e as negociações para a municipalização.

A instalação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no Rio de Janeiro se deu de forma oficial em julho de 1993²⁴, entretanto, as reuniões regulares só foram iniciadas a partir de fevereiro de 1994. De acordo com o representante do COSEMS, a efetivação da CIB RJ ocorreu em um momento de oposição entre o Governo Estadual e o Governo Federal, já mencionado anteriormente. Essa situação conflituosa, proveniente dos acordos não cumpridos, levou o Secretário da SAS, Gilson Carvalho, a ameaçar “cortar o dinheiro do SUS” para o Governo Estadual caso não se instalasse o Conselho Estadual de Saúde (CES) e a CIB.

O Ministério da Saúde ao demonstrar que suspenderia o repasse para o Rio de Janeiro forçou a secretaria estadual, que se encontrava sob uma série de pressões envolvendo problemas com a gestão e o uso do recurso público, a dar posse às instâncias de pactuação no estado. Assim, foi assumido o compromisso de implementar o Conselho Estadual, uma vez que já estava formado, e de montar a CIB no modelo paritário.

O relacionamento entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual, pautado numa relação de desconfiança, fez com que durante um período as reuniões da CIB no Rio de

²³ A consolidação e crítica do faturamento eram feitas pela SES, mediante disquete entregue pelos municípios habilitados nas condições de gestão incipiente e parcial da NOB SUS 01/93.

²⁴ A CIB-RJ foi instituída oficialmente em 12 de julho de 1993 através da Resolução SES/RJ nº 855.

Janeiro contassem com a presença de um observador do Ministério, numa situação anômala, uma vez que a CIB é um fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implementação e operacionalização do SUS.

Para os municípios a instalação da CIB representava a criação de um espaço de negociação que permitiria avançar no processo de descentralização. Como destaca Lima (2001), a instalação da CIB significava a possibilidade dos municípios participarem diretamente dos rumos da política de descentralização do SUS e se habilitarem nas condições de gestão previstas pelas NOBs.

A implantação da Câmara Técnica (CT) permitiu que os embates políticos fossem mediados por uma orientação técnica. A CT teve um papel de grande importância nos anos iniciais da CIB, segundo avaliação do representante do COSEMS. Com base nas discussões preliminares realizada pelo grupo, foi possível orientar o processo decisório das reuniões.

O ambiente político da época se configurava com um ator estadual fragilizado ao mesmo tempo em que os municípios assumiam uma situação de protagonismo como o principal agente de implementação do SUS, e ainda por um COSEMS forte passando a atuar de forma efetiva nas decisões, sendo o responsável pelo desenho da matriz do modelo de financiamento do Rio.

É importante destacar que o COSEMS teve um papel relevante nos primeiros anos de funcionamento da CIB no Rio de Janeiro.

“Com a CIB, o COSEMS cresceu de importância no arranjo institucional da política de saúde do estado, aumentando gradativamente suas atribuições de representação e seu poder de decisão e direcionamento da política de saúde (Lima, 2001)”.

Nesse contexto, a municipalização das unidades federais foi se instalando através do relacionamento direto entre a Prefeitura e o Ministério da Saúde, sem a participação do ente estadual.

A primeira ata de reunião da Comissão Intergestores Bipartite²⁵ demonstra bem o tangenciamento que o processo de municipalização do Rio guardava da esfera estadual e de outras instâncias.

“(...) O Dr. Penna assumiu a coordenação da reunião agradecendo a indicação do seu nome para a presidência da Comissão. Informou que o processo de municipalização do Rio de Janeiro encontra-se na Assessoria Jurídica e solicitou a **interação** da SES-RJ e do COSEMS”²⁶ (CIB, 1994- grifo meu)

A instalação da CIB não foi decisiva para que o município do Rio de Janeiro passasse a integrar seu processo de descentralização junto ao estado e demais municípios, pelo contrário, a relação SES/RJ e capital era distante e desprovida de diálogo. Até a representação do Secretário da capital, obrigatória entre os representantes das SMS, tentou ser vetada pela SES no primeiro momento, mas a CIB foi se impondo como elemento central no ordenamento do SUS na cidade e, de alguma forma, o município do Rio aos poucos foi se integrando.

²⁵ Reunião realizada em 16/03/1994.

²⁶ A reunião foi dirigida por Jorge Adalberto Penna Junior, designado pelo Secretário Astor Pereira de Mello para a presidência da CIB.

CAPÍTULO 6

Política interdependente, projetos independentes: a descentralização no Rio de Janeiro de 1995 a 1999.

6.1 – O município do Rio de Janeiro e a habilitação na NOB SUS 01/93: em busca da Gestão Semiplena.

Muito se indaga qual o motivo que levou o município do Rio de Janeiro a ter se mantido na condição de gestor incipiente do sistema durante o período de vigência da NOB SUS 01/93. Seguramente, podemos afirmar que não existiu uma única razão, um conjunto de fatores marcou as idas e vindas no processo de habilitação.

A habilitação na condição de gestão semiplena tinha por detrás algumas incertezas, pois o município que assumisse as responsabilidades atreladas à gestão semiplena, não tinha segurança quanto às implicações desse processo. Porém, haviam algumas “vantagens” e “riscos” que de início eram conhecidos.

Entre as “vantagens” ressaltam-se o maior controle do município sobre o seu orçamento (totalidade de recursos federais transferidos para o custeio do SUS em seu território) e o *status* político que representava fazer parte de um grupo seletivo dos primeiros municípios brasileiros a ter autonomia no SUS²⁷. O grande incentivo para entrar em semiplena era a projeção nacional que esse município ganharia.

Os “riscos” estavam associados à indisponibilidade de recursos e a instabilidade das transferências financeiras. De acordo com a avaliação de um técnico do município, uma questão importante estaria ligada à mudança nas relações entre o município e os prestadores de serviços/gestores. Ao mesmo tempo em que traria maior autonomia, o colocaria “na linha de frente do jogo da pressão”, tendo que negociar valores e pagar em dia os serviços contratados, e essa garantia não era segura.

²⁷ Segundo Lucchese (1997), 144 municípios foram habilitados na gestão semiplena, desses 11 eram capitais.

A trajetória de habilitação dos municípios na modalidade semiplena no estado do Rio de Janeiro revela algumas particularidades e serviram como “ensaio” para a tomada de decisão do município.

Para os municípios cuja habilitação já tinha sido aprovada pela CIT na referida condição de gestão²⁸ havia um problema inicial em assumir as prerrogativas financeiras da NOB, uma vez que a CIB-RJ não definia o teto financeiro ao qual fariam jus²⁹. Em novembro de 94, foi apresentado o relatório realizado pela Câmara Técnica com o teto financeiro para os municípios que pleitearam a gestão semiplena. A proposta foi rejeitada, conforme relato em ata:

“Após debate dos Secretários dos municípios enquadrados na gestão semiplena, e que se faziam presentes na reunião, não houve acordo, pois acharam os valores defasados quanto ao teto das AIH. (...) Disseram ser alto o risco e muita responsabilidade para os Secretários Municipais assumirem o compromisso aceitando a proposta inicial”. (CIB-RJ, 7/11/1994)

Outra questão colocada foi o alerta dado pela SES de que o estado não teria condições de financiar outros municípios que viessem a pleitear a gestão semiplena, porque para os sete primeiros municípios habilitados o aumento do teto estava sendo retirado da verba da SES e do reestudo do financiamento dos prestadores da cidade do Rio de Janeiro, mas a escassez de recursos ameaçava o ritmo da habilitação de novos municípios.

Uma reavaliação dos tetos feita pela Câmara Técnica e a promessa de revisão e readequação periódica dos mesmos, levou depois os municípios já aprovados a aceitarem os novos valores fixados, e de fato, iniciar a nova condição de gestão.

Nesse momento, o município do Rio seguia habilitado como gestor incipiente do sistema, sem demonstrar disposição para avançar no enquadramento da NOB. A tendência era, segundo os relatos dos gestores municipais, aperfeiçoar o controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados e investir na capacitação técnica de

²⁸ Os sete municípios que foram habilitados no Estado do Rio de Janeiro foram: Angra dos Reis, Duque de Caxias, Itaguaí, Niterói, Nova Friburgo, Resende e Volta Redonda.

²⁹ A Secretária Municipal de Volta Redonda, na reunião de 07/11/94, informa que o município não irá assumir no prazo definido pelo Ministério da Saúde a gestão semiplena sem a informação do teto financeiro. Segundo ela, “a CIB tem que assumir o ônus de não ter realizado o trabalho”.

seus quadros formando supervisores para atuar junto as CAP e o nível central. A rede municipal do Rio era a maior rede do país, e ainda como característica da gestão, foi mencionado o fato do Secretário não se lançar a novas experiências sem observar os resultados já existentes.

No início de 1995 iniciam-se novos governos em âmbito Federal e Estadual e muitas mudanças vão ocorrer na mesa de negociação União/estado/município³⁰. A nova gestão federal manifesta logo de início o desejo de iniciar a municipalização na Cidade do Rio de Janeiro, e o Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro revela na reunião da CIB de abril que “logo que o município assumir os PAMs será candidato a semiplena” (CIB-RJ,1995).

A partir de setembro de 1995, a SMS-RJ assume a gestão dos prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais vinculados respectivamente ao SIH/SUS e ao SIA/SUS³¹, o que representou a responsabilidade de autorizar uma fatura total. A preocupação da SMS-RJ já se voltava nesse momento para o início da municipalização na cidade, envolvendo os PAMs e maternidades federal, já em franco processo de negociação com o Ministério da Saúde e que será detalhado mais adiante.

Após dois anos de gestão incipiente, o município do Rio decide submeter ao Conselho Municipal de Saúde a aprovação do pleito da gestão semiplena do Sistema Único de Saúde³². O processo de habilitação encaminhado à CIB foi avaliado inicialmente pela Câmara Técnica e submetido à plenária das reuniões da CIB dos meses de setembro e outubro de 1996.

As relações entre a SMS e a SES nesse momento eram muito ruins. A eleição para a Prefeitura se aproximava e eram tensas as negociações. Como já destacado em capítulo anterior o Governador tinha indicado candidato próprio para concorrer a Prefeitura. Governador e Prefeito estavam em campos opostos. Lima (1999) em estudo sobre a CIB-RJ³³ destaca:

³⁰ Fernando Henrique Cardoso escolhe como Ministro da Saúde, Adib Jatene. Marcelo Alencar assume o governo estadual e nomeia como Secretário de Saúde Antonio Luiz de Medina.

³¹ Conforme assinala o Ofício GS/SAS/Nº 860 de 21 de junho de 1996.

³² Pelo conjunto de documentos analisados, a submissão do pleito ao CMS se deu em agosto de 1996, quatro meses após a primeira comunicação a CIB- RJ da intenção do município em assumir a gestão semiplena.

³³ O estudo fez parte da dissertação “*O Processo de Implementação de Novas Estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: Um Estudo das Relações Intergovernamentais na CIB do RJ*” apresentada em 1999.

“A discussão com relação a um processo de habilitação municipal foi remetida de forma explícita, pela primeira vez na CIB/RJ, do campo técnico-burocrático, respaldado pelo cumprimento dos requisitos normativos, para o campo político, onde ficaram claras as divergências e disputas de poder com relação aos papéis desempenhados pelas instâncias subnacionais de governo no sistema de saúde. Até então, os conflitos eram manifestados fundamentalmente no momento da definição do teto financeiro” (Lima, 1999).

Presos a detalhes menores, como uma nova exigência a cada análise do processo, já havia um “mal-estar” geral nas reuniões da CIB. As partes a favor da resolução das pendências eram representadas por Secretários de alguns municípios, pelo COSEMS e por representantes do Ministério da Saúde.

Podemos dizer que a discussão não era só de gestão, envolvia a questão política. E não política no sentido de *policy*, de política de Estado, e sim de política partidária. As divergências se davam, coincidentemente, entre grupos de dirigentes que pertenciam originalmente ao mesmo Partido Político (PDT), e, mais tarde, seguiram caminhos opostos, passando a expressar visões e posições antagônicas no ambiente de disputa eleitoral.

Mesmo o COSEMS tendo procurado mediar o conflito, alegando que seria de grande importância a entrada do município do Rio de Janeiro na gestão semiplena pela ressonância que o fato traria para o estado do Rio de Janeiro, não foi possível o acordo³⁴. Note-se ainda que, nesse período, pelo caráter mais político expresso nas reuniões da CIB, as questões de cunho mais técnico, tão significativas nos primeiros anos, foram se enfraquecendo ao longo do processo.

Dessa forma, o Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, acaba optando por retirar o processo, interrompendo a habilitação do município do Rio de Janeiro, somando-se ao fato de que as discussões para a NOB 96 já estavam bastante avançadas e outra forma de condução seria adotada. Não valeria mais a pena tamanho desgaste, conforme avaliação do gestor municipal. Desse episódio, fica a reflexão sobre as entrelinhas do arcabouço jurídico das políticas públicas. Por mais bem estruturado que ele seja, há fragilidades que estão fora do sistema, mas que se manifestam muito fortemente.

³⁴ O COSEMS expressou em diversos momentos ser favorável ao pleito do município do Rio de Janeiro. Ponderou que o município não era obrigado a assumir todas as unidades sob seu território de uma só vez para ser enquadrado na semiplena como alegavam os representantes da SES (Ata CIB set/96).

Estudos sobre as relações intergovernamentais têm conferido aos atores grande importância para a análise das políticas públicas. O aspecto institucional e o financiamento são fatores fundamentais para serem considerados quando se analisa uma RIG, mas os dois dependem totalmente da ação dos atores envolvidos, fundamentais na promoção do equilíbrio de poder.

6.2.- A municipalização dos PAM e Maternidades: Os antecedentes da primeira municipalização.

No capítulo anterior comentamos as idas e vindas da negociação para a municipalização entre a União e a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro nos quatro primeiros anos do SUS no Brasil.

A decisão pela municipalização ocorreu de fato em 1995. Após a eleição de Fernando Henrique Cardoso, o Prefeito Cesar Maia autoriza a secretaria de saúde a negociar junto ao Ministério a transferência dos Postos de Assistência Médica (PAMs) e Maternidades federais localizados no município. Essa decisão esteve em grande parte relacionada ao cumprimento da agenda de governo proposta na eleição passada na qual se compromete a ampliar a assistência materno-infantil na cidade.

A primeira manifestação do novo Governo Federal em acelerar a municipalização na Cidade foi informada pelo representante do Escritório Regional do Ministério da Saúde³⁵ em reunião da CIB-RJ de fevereiro de 1995, esclarecendo que o núcleo do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro atuaria como facilitador estratégico para agilizar a descentralização da saúde no Rio.

De forma um pouco menos contida do que em 1991, quando um estudo minucioso levantara a situação das unidades federal e os investimentos que seriam necessários para receber todas essas unidades, em 1995 o Secretário Gazolla informou ao Prefeito Cesar Maia

³⁵ Dr. Nildo Aguiar informa que por determinação do Sr Ministro da Saúde através da PT nº 79 de 30/01/1995, está delegado ao representante do Escritório Regional do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro poderes para agilizar a municipalização no Estado.

que o recebimento dos PAMs e Maternidades implicaria numa necessidade em curto prazo de preenchimento de aproximadamente mil cargos.

O posicionamento do Prefeito foi de total apoio a municipalização, orientando a equipe da SMS-RJ para que através do banco de concursados realizasse o preenchimento das vagas, uma vez que entendia ser de competência municipal a assunção da assistência ambulatorial e materno-infantil, conforme depoimento do gestor municipal.

Os entendimentos para os acertos do financiamento com o Ministério foram feitos entre o grupo técnico da SMS e do MS³⁶. Já havia experiência acumulada, estudos, dados que indicavam que para fazer qualquer tipo de municipalização seria necessário negociar dois pontos principais: o aumento de teto e uma transferência global de recursos do Ministério da Saúde.

Essencialmente, a discussão envolveu a questão do financiamento. No âmbito da CIB, antes da efetivação da municipalização, se discutia que a passagem das unidades próprias do Ministério para a cidade do Rio implicaria na mudança da lógica do financiamento. De unidades orçamentadas, passariam a lógica da produção de serviços, faturando através do SIA e AIH.

A primeira etapa da municipalização, ocorrida em agosto de 1995, foi celebrada através de **Convênio de Pré-Municipalização**. A PCRJ assumiu a gerência de 15 Postos de Assistência Médica (PAM) e 4 Maternidades do Ministério da Saúde, dando início ao processo de assunção da rede de assistência básica da Cidade do Rio de Janeiro (SMS-RJ,1995). Permaneceram ainda 4 unidades ambulatoriais sob gestão estadual (sendo 2 de referência Psiquiátrica) e 1 unidade em co-gestão com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Ministério da Saúde (PAM São Francisco Xavier).

O Convênio celebrado em 09 de agosto de 1995 e com validade até 31 de dezembro do mesmo ano previa a transferência da Gestão Administrativa e Financeira das Maternidades e Postos de Assistência Médica do Ministério da Saúde na Cidade do Rio de Janeiro. Para isso o Ministério se comprometia a transferir em quatro parcelas o montante de R\$ 37.000.000,00 (trinta e sete milhões de reais) correspondentes ao custeio e manutenção das unidades. A

³⁶ A negociação para o valor final da transferência envolveu técnicos da SMS, do orçamento do MS e o chefe do Escritório Regional do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro.

Prefeitura entraria com R\$ 7.400.000,00 (sete milhões e quatrocentos mil reais), oriundos de seu orçamento relativo ao exercício de 1995.

Ao MS caberia também a responsabilidade do pagamento dos servidores federais lotados nas unidades; acompanhar, supervisionar, coordenar, fiscalizar e prestar assistência técnica à execução do convênio. Foi nomeado um Conselho Técnico Administrativo para o devido acompanhamento e dirimir as dúvidas existentes³⁷.

A Prefeitura comprometeu-se a: aplicar os recursos oriundos do convênio exclusivamente para os fins da municipalização; prestação regular de contas; promover licitação para aquisições de materiais; manter os imóveis cedidos em perfeito estado de conservação. Tinha, ainda, a prerrogativa de renovação do convênio, mediante termo aditivo, se assim o desejasse.

A municipalização encontrou seu primeiro problema justamente na forma fragilizada que representava assumir um ato de tamanha grandeza através de um instrumento tão engessado como o convencional. De acordo com os depoimentos as regras de prestação de contas eram *“impossíveis de serem cumpridas a tempo e a hora”*.

Em seu parágrafo primeiro o Convênio estabelecia que:

“A liberação da terceira parcela ficará condicionada à apresentação de Relatório de Execução, pelo Conselho Técnico Administrativo demonstrando o cumprimento dos objetivos estabelecidos com a aplicação da primeira parcela liberada, e assim sucessivamente” (SMS-RJ, 1995).

Na visão do gestor municipal essa era uma “regra draconiana”, porque à medida que houvesse dificuldade em gastar a primeira parcela, era permitido receber a segunda, mas as demais ficariam retidas, comprometendo a continuidade do repasse. Outro inconveniente da modalidade convencional é a quantidade de exigências a cada prestação, isso levou o município a recorrer ao Tesouro Municipal para que não houvesse descontinuidade da prestação dos serviços.

³⁷ O Conselho Técnico Administrativo foi constituído por ato conjunto do Chefe do Escritório de Representação – MS/RJ e Secretário Municipal de Saúde.

Em relação aos recursos humanos, parte essencial no processo e entendida como veículo de concretização das políticas de saúde, o convênio não dispôs de nenhuma cláusula que assegurasse uma negociação posterior para solucionar questões como: o equilíbrio nas jornadas de trabalho, um projeto de equivalência salarial ou mesmo, o comprometimento das esferas que estavam assinando a municipalização em estar esclarecendo e informando os servidores sobre a transferência dos serviços.

A cláusula sexta fez referência somente à utilização do pessoal, contendo a seguinte redação:

“A utilização temporária de pessoal, que se tornará necessário para utilização do objeto deste Convênio, não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza, nem gerará qualquer tipo de obrigação trabalhista ou previdenciária para com o Ministério/Fundo” (MS-RJ, 1995).

Considerando, ainda, se tratar de modelos assistenciais bastante diferentes, culturas institucionais diversas, o modelo de municipalização adotado não contou com mecanismos que pudessem controlar as interferências disruptivas e desagregadoras no ambiente político-institucional.

Ao final do período de vigência, o convênio foi renovado conforme informado pelo Secretário Municipal de Saúde em reunião da CIB-RJ com a seguinte observação:

“Dr. Gazolla informa que sem o aumento do teto financeiro não tem como fechar uma municipalização definitiva, então propôs a prorrogação da pré-municipalização por mais um ano” (CIB-RJ, 1996).

O fato de não ter conseguido a habilitação na semiplena foi lembrado também pela representante do Escritório Regional do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro, em reunião da Comissão Intergestores Bipartite³⁸, como um motivo para o Convênio de Pré-municipalização ter sido aditivado, não sendo firmada outra modalidade de acordo.

³⁸ Registro feito em ata de reunião extraordinária da CIB- RJ de 30 de setembro de 1996.

Do ponto de vista das transformações ocorridas na cultura e no aparelho administrativo municipal, embora não seja o objeto central do estudo, a municipalização dos PAMs e Maternidades possibilitaram: um novo gerenciamento da porta de entrada; o aumento do número de consultas básicas e reforçou a participação das CAPs no processo de gerenciamento local.

Algumas medidas como o fechamento da emergência do PAM Botafogo, a fusão do Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz e do PAM Henrique Valadares que realizavam atividades semelhantes em quarteirões próximos, e a adoção da mesma medida entre o Centro Municipal de Saúde da Penha e o PAM Penha, situados em lados opostos da mesma rua, tentaram trazer uma racionalidade maior ao sistema.

Essas decisões, entretanto, foram programadas estritamente no âmbito municipal. Para os entrevistados representantes das instâncias governamentais ouvidos na pesquisa, o poder de pactuação do estado era baixo, pelo próprio momento de reestruturação interna que atravessava. O ente federal por sua vez, após municipalizar, não conseguiu avaliar e monitorar o processo confirmando na visão dos entrevistados a baixa capacidade de investir no processo de avaliação.

6.3 – A descentralização das unidades estaduais.

O processo de descentralização da saúde no Rio de Janeiro nos anos 90 guarda algumas características diferenciadas, sobretudo no que se refere à transferência de poder entre os níveis governamentais. A transferência de equipamentos e recursos entre os entes acabou se conformando de modo bem diverso ao formulado pelo SUS.

Seguindo uma lógica de organização, hierarquização e gestão de serviços de saúde, hospitais de referência regional deveriam ser estadualizados, enquanto hospitais para atendimento de casos agudos, ou de emergência, deveriam permanecer sob gestão municipal. Os PAMs que se encontravam sob gestão federal ou estadual seriam transferidos para os municípios. No Rio de Janeiro a municipalização nos anos noventa se desenhou de outra maneira.

De fato, essas questões, ainda que de maneira muito modesta, passaram pela CIB como uma necessidade. Na primeira metade da década de noventa, não se discutiu essa possibilidade, mas a partir de 1995, com o aprofundamento das questões trazidas pela habilitação na condição de gestão semiplena, a possibilidade de repassar ao município a rede estadual foi colocada. Na opinião do representante do COSEMS, não havia discordância sobre essa lógica, no entanto, isso não ocorria, embora fosse pleiteado.

O caso mais emblemático foi à municipalização do Hospital Rocha Faria em Campo Grande, zona oeste da Cidade, desprovida de qualquer emergência municipal. Houve uma manifestação formal por parte do município do Rio de Janeiro em receber a unidade. Instituiu-se um grupo bilateral para levantamento das condições necessárias para a transferência, mas os entendimentos não lograram êxito.

Encontramos visões bastante diferentes entre os atores entrevistados sobre o processo, o que nos leva a concluir como não é simples alcançar o equilíbrio na relação entre os entes. Equilíbrio tão necessário para melhorar as respostas dos sistemas de saúde.

Na visão do ator estadual, a negociação prosperou muito bem enquanto esteve restrita ao âmbito dos Secretários. Ao ser informado da evolução das negociações, o Prefeito declarou à imprensa que o Hospital seria municipalizado resolvendo assim a incapacidade gerencial do estado. Ao tomar conhecimento das declarações, o Governador ordenou a suspensão imediata da municipalização.

De acordo com o relato do ator municipal, nunca houve uma intenção legítima de transferir o Hospital Rocha Faria ou qualquer outra unidade estadual, o estado ainda estava identificado com o papel de executor direto das ações e serviços de saúde

O parecer do representante da instância colegiada é mais categórico. A seu ver, tinham-se todas as condições favoráveis para a concretização, mas acabou não se viabilizando porque envolvia recurso de poder.

Durante esse tempo foi relatado em ata da CIB o interesse do município em receber as unidades de emergência estadual mesmo sem obras de adequação, segundo a ata “o secretário municipal de saúde lembrou o interesse do município em receber a rede estadual de emergência sem obras, porque o estado está passando por uma situação difícil e o município teria condições de realizá-las”, o que foi contra-argumentado pelo estado da seguinte forma:

“O governador Marcelo Alencar já expressou publicamente o fato de que toda a rede de emergência está passando por obras para ser entregue ao município, demonstrando a intenção do estado em municipalizar toda a rede estadual de emergência do Rio”. (CIB, 1996).

Na reunião da CIB de outubro de 1996, volta a ser mencionado a manifestação do município do Rio em assumir os quatro PAMs que se encontravam sob gestão estadual. Em nenhum momento pode-se constatar a intenção de ambas as partes em estar de fato numa mesa de negociação discutindo a municipalização como proposta de ampliação de acesso, organização e integração dos serviços.

As negociações que avançavam para a municipalização de outras unidades federais mantinham à distância a participação estadual, seja na visão de alguns porque o estado não queria interferir, seja, por outro lado, a forma muito direta como se deu a relação União/municípios nesse momento. É interessante notar que o período de fortalecimento dos municípios, estimulado pela própria indução federal, acaba por evidenciar uma assimetria de poder entre os entes subnacionais, comprometendo o estabelecimento de uma forma mais cooperativa de relacionamento entre eles.

6. 4 – A municipalização dos Hospitais Psiquiátricos

O parque manicomial na Cidade do Rio de Janeiro, como relata *Carvalho et al.*(2004), no início dos anos noventa, era composto de cerca de 5636 leitos distribuídos entre 20 hospitais públicos e privados contratados ao SUS. Não havia nenhum hospital psiquiátrico municipal, os hospitais públicos pertenciam ao Governo Federal, bem como os ambulatórios especializados (PAMs). As unidades próprias da SMS Rio de Janeiro eram constituídas por uma rede básica formada por psicólogos advindos da Secretaria Municipal de Educação, voltados para as ações de prevenção em saúde mental.

Desde 1994, a Secretaria Municipal de Saúde, através da Gerência de Saúde Mental, vinha realizando vistorias e supervisões nos hospitais contratados ao SUS em atendimento aos requisitos da gestão incipiente, estando o corpo técnico, também interessado em avançar numa política municipal de saúde mental.

Logo a seguir a municipalização dos PAMs e Maternidades, o Prefeito anuncia ao Governo Federal o desejo de municipalizar a Colônia Juliano Moreira. Em novembro de 1995, é criado Grupo de Trabalho para elaboração de estudo visando à municipalização da Colônia³⁹.

A decisão pela municipalização no interior da Secretaria Municipal de Saúde não obteve consenso e dois pontos polarizavam:

- o entendimento por parte do grupo gestor de que os Institutos Psiquiátricos não eram de abrangência exclusiva municipal.
- o entendimento de outra parte da equipe de que o município seria capaz de assumir um gerenciamento da saúde mental na cidade priorizando as novas experiências como a implantação dos CAPS e as residências terapêuticas.

A municipalização da Colônia Juliano Moreira acaba então acontecendo em julho de 1996. Embora o Prefeito Cesar Maia, mais por um convencimento de parte do seu Secretariado, tenha tentado fazer uma exigência ao Governo Federal de que essa municipalização fosse selada numa ação tripartite envolvendo três ministérios: Meio Ambiente, Urbanismo e Desenvolvimento por se tratar de área de reserva florestal e também pela dimensão territorial, a municipalização acabou sendo realizada entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura.

Em 1999, o Ministério da Saúde concluiu a municipalização das demais unidades federais psiquiátricas. Existia de acordo com o depoimento do gestor municipal, o desejo que estes hospitais ficassem sob gestão municipal e não estadual. Havia, prosseguindo o relato, uma manifestação pelo grupo do Pinel, do CPP II⁴⁰ e da UERJ para que os hospitais de psiquiatria passassem para a gestão municipal, uma vez que, existiam divergências quanto à condução da política de saúde mental no estado.

A municipalização da Colônia não encontra espaço no âmbito da CIB, as questões do município do Rio na Comissão à época, estavam voltadas para a habilitação na gestão semiplena. Mais tarde, em 1999, as duas unidades transferidas foram inseridas no conjunto

³⁹ Esse Grupo foi criado através do DECRETO n° 14.352 de 14/11/1995, com a finalidade de elaborar estudos e propor medidas, objetivando a municipalização da colônia Juliano Moreira. O Grupo era integrado por representantes de diversas secretarias municipais, representantes do Ministério da Saúde e do Serviço de Patrimônio da União (SPU).

⁴⁰ Essa referência trata dos Hospitais Philippe Pinel e Centro Psiquiátrico Pedro II.

dos demais hospitais federais municipalizados e, mais uma vez, predominou um acerto bilateral Ministério da Saúde e município do Rio de Janeiro.

Ela repetiu a fórmula utilizada na municipalização dos PAMs e maternidades em 1995. A modalidade de **Convênio de Pré-municipalização** foi mantida. Para isso o Ministério se comprometia a transferir o montante de R\$ 6.800.000,00 (seis milhões e oitocentos mil reais) correspondentes ao custeio e manutenção da unidade, e a Prefeitura entraria com R\$ 1.700.000,00 (um milhão e setecentos mil reais) como contrapartida. O que variou em relação ao Convênio anterior foi o prazo de vigência de três anos.

Somente em março de 1999, foi celebrado entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura o **Termo de Cessão de Uso** da Colônia Juliano Moreira, PAMs e Maternidades garantindo a transferência da gestão técnica, administrativa e financeira. Passa-se a transferência automática *fundo a fundo*.

Em relação aos Hospitais Philipe Pinel e o Centro Psiquiátrico Pedro II, municipalizados em dezembro de 1999, já entraram nas condições de **cessão de uso**.

6.5 – A NOB 96 e a habilitação do Município do Rio de Janeiro na Gestão Plena.

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96, ao mesmo tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, redefinindo o papel de cada esfera de governo, em especial, no que diz respeito à direção única.

A operacionalização das condições de gestão proposta na NOB 96 considera e valoriza os vários estágios já alcançados por estados e municípios na construção de uma gestão plena.

Depois de todos os impasses vivenciados na tentativa de habilitação do município na condição de gestor semipleno, em fevereiro de 1998 retoma-se na CIB-RJ uma nova negociação para o enquadramento do município do Rio na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

Logo de início é reconhecido que o processo apresentado encontrava-se adequadamente instruído, mas novas divergências vão permear a habilitação do município. A Secretaria de Estado colocava como exigência que uma parcela mensal de sete milhões de reais fosse alocada ao Fundo Estadual de Saúde para o pagamento das unidades estaduais localizadas no município. O estado propôs a assinatura de um Termo de Compromisso garantindo a transferência, o que de imediato foi recusado pelo Secretário Municipal de Saúde.

Na reunião da CIB de fevereiro 1998 o município do Rio então se coloca da seguinte maneira:

“Aguardaremos o término do prazo determinado pela Instrução Normativa nº 01/98⁴¹ e em não havendo manifestação da Comissão Intergestores Bipartite, a SMS-RJ, de conformidade com esse ato, dirigir-se-á diretamente à CIT para a apreciação do pleito da gestão plena” (CIB, 1998).

Percebe-se que as questões não resolvidas num passado recente serão novamente invocadas, com novos argumentos, mas deixando evidenciado que os mesmos grupos não estavam dispostos a suplantar suas idéias e crenças.

Na próxima reunião da Comissão Bipartite, o Subsecretário de Planejamento e Desenvolvimento do Estado informa ter sido enviado um ofício a SMS-RJ relatando que o processo de habilitação do município do Rio se encontrava com pendências, sendo uma delas a Programação Pactuada e Integrada que aguardava resposta do município.

Como o impasse não se resolveria facilmente, o Município do Rio enviou a Tripartite o pedido de apreciação do pleito, conforme relato em Ata do GT da Gestão Incipiente⁴²

“Esgotado o período para a apreciação da Comissão Intergestores Bipartite, a SMS encaminhou o pleito da Gestão Plena do Sistema de Saúde à Comissão

⁴¹ A Instrução Normativa nº 01/98 de 02 de Janeiro de 1998, em seu Art.12 prevê: “A habilitação de Municípios à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal compreende as seguintes etapas e trâmites:

III- apreciação e aprovação do processo pela CIB no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de protocolo na CIB;

IV- encaminhamento do processo pelo município, à CIT, se vencido o prazo do inciso anterior.

⁴² Ata nº 75 de 20 de abril de 1998, Grupo de Trabalho da Gestão Incipiente. SMS-RJ

Tripartite. A Secretaria deverá mandar representante para a reunião onde o pleito será realizado (SMS, 1998)”.

As dificuldades permanecem nas reuniões seguintes. O pano de fundo das argumentações versava sobre a vantagem que o município do Rio levava em relação às fontes de financiamento, uma vez que encontram-se em seu território hospitais estaduais e federais. Mas, outras questões transparecem tornando o ambiente desgastado para se promover acordos.

A Secretária Estadual de Saúde revela na reunião da CIB de junho ter estranhado na última reunião da Tripartite o fato do município do Rio de Janeiro entrar com o pleito da habilitação Plena do Sistema Municipal, uma vez que seu processo ainda estava sendo analisado pela CIB e pela Câmara Técnica. Na mesma data o Subsecretário de Planejamento diz estar de acordo com a habilitação do município na condição de Gestão Plena da Atenção Básica.

Nessa disputa, mais uma vez o COSEMS intervém em favor da Secretaria Municipal de Saúde, expressando ainda que, se o Município do Rio assinasse qualquer acordo para repassar ao estado parte do teto, estaria abrindo mão da GPSM.

A polarização aumenta quando os Secretários da Região Metropolitana representados pelo Secretário de Itaguaí⁴³ se posicionam contrariamente a habilitação do Rio. A principal argumentação dos municípios, especialmente os da Baixada Fluminense, era a inexistência de uma proposta clara para o atendimento da referência desses municípios⁴⁴.

Conforme concluiu um representante do COSEMS, naquele momento, com a Gestão Plena o município do Rio de Janeiro passava a adquirir muito poder, um poder que anteriormente era repartido com o Ministério da Saúde e o estado. Ademais, em nenhum momento era priorizada a discussão em torno da garantia da programação e da assistência.

⁴³ Dr. Marco Aurélio Couto da Silva é Secretário Municipal de Itaguaí e falou pelos Secretários da Baixada Fluminense.

⁴⁴ De acordo com Lima (1999), esse episódio levou a uma divergência clara entre os membros do COSEMS/RJ, expressa durante a reunião da CIB. Este fato evidenciou uma abertura para um processo de negociação e de acordo político entre estado e municípios à margem das negociações com o COSEMS/RJ.

A próxima reunião da CIB conta com a presença de dois membros da CIT⁴⁵ que manifestam a posição de que aquele momento pudesse terminar com o impasse entre o estado e o município e se chegasse a um entendimento para a habilitação. Na avaliação do representante da Câmara Técnica da CIT era perceptível que “a hipótese de aceitar a habilitação do Rio de Janeiro nunca foi considerada, só foi exposta em que condições o Município do Rio de Janeiro deveria aceitar sua habilitação”. Reafirmam que a CIT respeita o poder de decisão da Bipartite e não gostaria de interferir na questão, somente acompanhá-la.

A tentativa de conciliação promovida pelos representantes da CIT, buscando enumerar os pontos conflitantes do processo - o sistema de referência de alto custo, a municipalização das unidades federais, a organização das referências e o recurso para as unidades estaduais não logrou êxito para o acordo. Ao final da reunião o Secretário Municipal de Saúde informa que o Município do Rio retira o pedido de habilitação do município.

Logo a seguir, a SMS-RJ envia ofício ao Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, Dr. João Yunes, informando da disposição da municipalidade em aceitar a proposição do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde em habilitar a Cidade do Rio de Janeiro nas condições de Gestor Pleno da Atenção Básica (GPAB). Justifica ainda, que esse encaminhamento foi provocado pelos resultados infrutíferos em relação à habilitação do município na GPSM, e que mesmo habilitado na condição de GPBA, continuará as negociações para a assunção da Gestão Plena.

Assim, em setembro de 1998⁴⁶, o município do Rio foi habilitado na condição de Gestor Pleno da Atenção Básica e manteve seus entendimentos diretos com o nível federal numa negociação que envolveu Prefeito e Ministro. Na reunião da CIB de dezembro de 1998, no último ato da equipe da SES antes da posse do novo governo estadual, foi então aprovada à habilitação do município do Rio na condição de Gestor Pleno do Sistema Municipal⁴⁷.

Os pontos conflitantes para o acordo não foram totalmente solucionados, mesmo que, porventura, tenham sido tratados com certa inflexibilidade em alguns momentos, era essencial que algumas questões como: a definição das prioridades para a articulação com os demais

⁴⁵ Lourdes Almeida – Secretária Executiva da CIT (Ministério da Saúde/CIT) e Ricardo Scott (CONASS/Câmara Técnica da CIT) estiveram presentes na reunião de 20 de julho de 1998.

⁴⁶ Habilitado conforme Deliberação CIB-RJ nº 25 de 22 de setembro de 1998.

⁴⁷ A habilitação foi publicada no Diário Oficial da União através da PT GM 03 de 05/01/1999. O valor anual do teto financeiro publicado na Portaria para a Cidade do Rio de Janeiro foi de R\$ 374.503.775,46.

municípios, o planejamento e a regulação municipal tivessem sido mais explicitamente pactuadas no processo.

6.6 – A negociação para a municipalização dos Hospitais Federais.

Decorridos quatro anos da primeira municipalização das unidades federais no Rio de Janeiro, Ministério da Saúde e Prefeitura do Rio chegam a um acordo para a transferência dos primeiros hospitais sob gerência do MS na Cidade.

A negociação que envolveu a transferência dos hospitais para o município, diferentemente do que ocorreu nos PAMs e Maternidades, foi fruto de uma decisão maior que envolveu a esfera mais alta do Ministério e da Prefeitura, saindo um pouco da decisão técnica que prevalecera até então.

Já com alguma experiência acumulada pelas dificuldades enfrentadas com as municipalizações anteriores, principalmente no que diz respeito ao financiamento irregular, a reposição de pessoal e o engessamento provocado pelo instrumento convencional, parte da equipe gestora da SMS entendia que deveria ser examinado com maior cautela a municipalização dos hospitais federais.

A tomada de decisão pela municipalização gerou no interior da SMS polarizações e expôs pontos de vista diferenciados na equipe. As principais questões levantadas eram:

- Se todas as unidades hospitalares federais a serem descentralizadas deveriam ficar sob gestão municipal, dado o perfil diferenciado da maioria.
- De que o município deveria manter sob sua responsabilidade a assistência ambulatorial, materno-infantil e de urgência/emergência, não devendo assumir compromissos maiores que sua possibilidade.
- Os hospitais federais necessitariam de investimentos em obras, dado o tempo de construção dos mesmos, e não deveria haver a municipalização sem a garantia desse recurso. Esse era um ponto de pauta que não estava em negociação e não era cogitado pelo Ministério.

- Se esses hospitais não fossem municipalizados, continuariam atuando de forma autônoma, com ilimitados recursos disponíveis e sem aderir ao Sistema Único de Saúde.

Essas ponderações levaram, momentaneamente, a um recuo do Prefeito temeroso de arcar com investimentos em infra-estrutura sem uma compensação. Mas, a promessa federal de se negociar ao longo do caminho, conforme a necessidade, resolveu o impasse. O processo de transferência avançou e no entendimento do gestor federal para concretizar a descentralização na cidade, uma das metas prioritárias da administração do Ministério da Saúde era transferir suas unidades hospitalares próprias, transferindo a gestão técnica, administrativa e financeira.

Em junho de 1999 os dois primeiros hospitais federais são municipalizados: Hospital da Piedade e o Hospital Geral de Jacarepaguá. A escolha das duas unidades encontrava alguma coerência. De acordo com a justificativa do gestor federal ouvido;

“Os primeiros hospitais federais municipalizados foram Piedade e Jacarepaguá. O primeiro porque tinha um perfil mais municipal, e o segundo era uma demanda antiga da AP 4, era o desejo da AP 4 de construir o Distrito Sanitário”.

No âmbito das instâncias de pactuação as transferências desses hospitais não foram tratadas anteriormente, poucos dias antes da assinatura do termo de transferência, a ata da CIB revela a preocupação do COSEMS quanto à municipalização dos hospitais federais no Rio:

“Dr. Valter Lavinias expôs a preocupação do COSEMS quanto à municipalização de hospitais federais no RJ, caso haja mudança na gestão do Rio será preciso garantir atendimento aos municípios do interior” (CIB-RJ, 1999).

Alguns municípios enxergavam com reservas o processo de municipalização do Rio. O principal motivo estava atrelado ao fato do aumento do teto financeiro sem a contrapartida

da garantia da assistência. Para eles isso representava mais recursos para o Rio de Janeiro para atender ao próprio Rio de Janeiro.

Segundo depoimento do gestor estadual, a marca da municipalização que envolveu as unidades federais durante a segunda metade da década de noventa, foi caracterizada pela negociação política entre Prefeitura e Governo Federal, sempre de modo apressado e com o estado apenas assistindo.

Ainda que as evidências demonstrassem o predomínio da relação direta Ministério da Saúde/Município do Rio de Janeiro, na visão federal a CIB acompanhou o processo, mas, a preocupação maior sempre esteve voltada para o montante do dinheiro que viria para o Rio de Janeiro e o desejo de que esse dinheiro pudesse ser repartido.

No final do ano de 1999 amplia-se a municipalização na cidade recebendo então os Hospitais do Andaraí, Ipanema, Lagoa, Raphael de Paula Souza, o Centro Psiquiátrico Pedro II e o Instituto Philipe Pinel⁴⁸.

Em quatro anos transforma-se radicalmente o tamanho da estrutura municipal, foram incorporadas vinte e oito unidades federais e transferidos cerca de treze mil servidores (quadro II) que passam a estar administrativamente subordinados a gestão municipal.

A municipalização da saúde na cidade do Rio de Janeiro marcou pela incorporação expressiva de servidores federais ao quadro municipal. Na opinião de um dos entrevistados, talvez o ator contrário de maior expressão tenha sido o próprio servidor federal. Essa afirmativa pode ser relacionada, em parte, pela sua exclusão do processo. Ao mesmo tempo em que eram submetidos a uma mudança administrativa e gerencial, os servidores federais atravessavam um momento de perda salarial durante o governo Fernando Henrique Cardoso. Embora o fato não tenha uma relação direta com a municipalização, tornou-se uma coincidência objetiva, e um ingrediente adicional à rejeição.

Uma municipalização de tamanha dimensão carece de uma avaliação se a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ou qualquer secretaria municipal do país, estaria preparada e teria efetivamente projeto para assumir o comando da gestão municipal em seu conjunto.

⁴⁸ O Termo de Cessão dessas unidades foi assinado em 30/12/99 e publicado no Diário Oficial da União do dia 31/12/99.

Por outro lado, foram baixos os recursos disponíveis do Ministério da Saúde para o acompanhamento desse processo. A transferência das unidades envolveu um conjunto patrimonial pertencente à União, a cessão de um grupo de servidores federal expressivo e a própria estabilidade do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro esteve todo o tempo em jogo. De acordo com o depoimento do gestor federal, o Ministério da Saúde não conseguiu realizar de fato um monitoramento da municipalização, pela própria dificuldade em montar uma estrutura de avaliação.

Novamente, a última etapa da municipalização não encontrou espaço na CIB-RJ. Na última reunião ordinária de 1999, o representante do Ministério da Saúde no Rio informa a municipalização dos Hospitais como “uma consequência das reivindicações de todo um contexto social do Estado do Rio de Janeiro”. No mesmo momento, o representante do COSEMS lamenta que não tenha havido uma participação do Conselho no processo. Restou a reivindicação da CIB de acompanhar a finalização do processo de municipalização através de um grupo de trabalho.

Na ponderação do estado, ao se realizar a municipalização das unidades havia uma necessidade de inseri-las numa programação pactuada e integrada, fato que não ocorreu naquele momento, e essa condução deveria ter sido feita pelo ente estadual.

Diferentemente das municipalizações anteriores a transferência dos hospitais federais passa a ser regida por meio de Termo de Cessão de Uso celebrado entre a União através do Ministério da Saúde e a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

As regras que compõe essa nova modalidade asseguram ao ente que recebe às unidades a sua transferência gratuita de posse por tempo indeterminado. Em geral, é entendido como um ato de colaboração entre repartições públicas. Nesses termos, vieram os Hospitais da Piedade e Jacarepaguá em junho de 1999 e, os seis outros hospitais municipalizados em dezembro de 1999.

Em relação aos recursos financeiros ficou acertada a transferência direta dos recursos, *fundo a fundo*, mediante alteração do Teto Municipal do SUS. Dentro da cláusula referente aos recursos financeiros havia oito subcláusulas que especificavam as responsabilidades de cada parte.

No que diz respeito aos recursos humanos, de maneira muito mais clara que a convenial, o Termo de Cessão era composto de treze subcláusulas que esclareciam questões como a cessão ao município dos servidores lotados nessas unidades, e outras regulamentações referentes ao novo estágio funcional, onde passariam administrativamente a estar subordinados ao município.

Em setembro de 1999, através de Portaria Ministerial⁴⁹, o MS coloca à disposição da SMS-RJ os servidores do quadro permanente lotados nas unidades oriundas da primeira etapa da municipalização, complementando em março de 2000, por meio de nova Portaria⁵⁰ a disposição dos servidores que fizeram parte da última etapa da municipalização em dezembro de 1999.

Quadro 2 - Servidores do quadro permanente do Ministério da Saúde colocados a disposição da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 1999 e 2000.

UNIDADE	SERVIDORES CEDIDOS
Centro Psiquiátrico Pedro II	687
Colônia Juliano Moreira	723
Hospital da Lagoa	1177
Hospital da Piedade	905
Hospital de Ipanema	722
Hospital do Andaraí	1268
Hospital Geral de Jacarepaguá	1152
Hospital Raphael de Paula Souza	658
Instituto Philipe Pinel	281
Maternidade Alexander Fleming	545
Maternidade Carmela Dutra	371

⁴⁹ Portaria GM nº 1187 de 20 de setembro de 1999

⁵⁰ Portaria GM nº 361 de 31 de março de 2000.

Maternidade Leila Diniz	12
Maternidade Praça XV	372
PAM Bangu	473
PAM Botafogo	72
PAM Campo Grande	352
PAM Del Castilho	665
PAM Deodoro	186
PAM Henrique Valadares	218
PAM Ilha do Governador	311
PAM Irajá	420
PAM Jacarepaguá	326
PAM Madureira	179
PAM Méier	216
PAM Penha	206
PAM Praça da Bandeira	227
PAM Ramos	199
PAM Treze de Maio	407
TOTAL	13330

Fonte: MS - Portaria nº 361 de 31/03/2000 e MS – Portaria nº 1187 de 20/09/1999.

Capítulo 7: Conclusões

O percurso da descentralização do Rio de Janeiro nos anos 90:

Para finalizar é importante fazer uma retrospectiva do processo de descentralização ocorrido no município do Rio de Janeiro nos dois momentos distintos selecionados. Esse balanço procura mostrar as inflexões e continuidades presentes durante os anos noventa com base nas categorias de análise priorizadas neste estudo.

Na **primeira metade** da década de noventa, conhecida como **fase da redemocratização**, a situação do Estado do Rio de Janeiro se mostra de maneira um pouco diferenciada do que a literatura atesta⁵¹ no que diz respeito a um período de ascensão e fortalecimento dos estados e municípios. Nada incompatível com a própria trajetória desse estado e dessa cidade homônimos, que ainda buscam equacionar dilemas da “capital” *versus* “província”⁵², com poucas iniciativas voltadas a buscar uma integração.

De fato, o município apresentou uma recuperação no campo econômico saindo da situação crítica do final dos anos 80, o que permitiu que o investimento municipal fosse sendo retomado, entretanto o estado não acompanhou esse momento de ascensão por se encontrar envolto em dívidas, como grande parte dos estados brasileiros. As pressões descentralizadoras por parte da União se deram por meio das diretrizes e estratégias utilizadas baseadas nas NOB/SUS 01/91 e 01/93, mas, de certa forma esbarraram na própria política macroeconômica dos anos 90 que não favorecia a justa redistribuição de recursos.

Além das condições macroeconômicas desafiadoras ao processo de descentralização da saúde na década de 90, somaram-se as dificuldades decorrentes da amplitude, diversidade e complexidade político-operacional para a instalação de um sistema universalizado.

A pressão pela municipalização dos serviços de saúde, principalmente federal, foi contestada pela imprecisão de uma política de investimentos para o SUS no município e pela

⁵¹ Couto & Abrucio (2003), revelam que no primeiro momento, predominou um federalismo baseado na ascensão e fortalecimento de estados e municípios, concomitante a fragilização política e, particularmente, econômico-financeira da União.

⁵² A referência aos termos Capital e Província é retratada pela historiadora Marly Silva da Motta no texto “De grande capital a mera cidade...”- o destino do Distrito Federal após a transferência da capital para Brasília.

assumida imaturidade gerencial para absorver uma rede de tamanha diversidade. Houve uma cautela por parte dos gestores municipais em assumir unidades por transferência sem a confiança total nos acordos propostos, baseados mais no estabelecimento de relações informais do que formais.

A opção do município por uma *descentralização interna* revelava a intenção de estruturar a secretaria municipal de saúde para *a posteriori* assumir a coordenação do sistema local e a gestão da rede de serviços. A pouca disposição em se lançar numa municipalização prematura acabou por organizar a sua estrutura administrativa e fazer valer o princípio da autonomia entendido como capacidade de autogoverno.

Nessa etapa inicial de análise do processo de descentralização do SUS no município do Rio de Janeiro, verificamos que prevaleceu uma baixa incorporação ao SUS. Vale destacar que inexistência no passado de uma cultura de negociação e de pactuação entre os entes federativos vai ter interferência direta nos resultados dos acordos ou desacordos da política.

O contexto político influenciou fortemente os caminhos da descentralização na cidade. O *turnover* entre os interlocutores na negociação para a descentralização dificultava a manutenção de acordos já estabelecidos, retornando várias vezes ao ponto inicial ou mesmo inviabilizando os avanços conseguidos.

A primeira metade da década careceu ainda de uma ação de coordenação mais efetiva por parte do governo federal, o apoio a estados e municípios, especialmente aos médios e grandes, deveria ter ocorrido em troca da sua concordância na implementação da política de saúde. Nesse novo modelo proposto pela Constituição, mais descentralizado, prevendo o fortalecimento de estados e municípios e uma ação cooperativa entre eles, acabou predominando no Rio de Janeiro um federalismo compartimentalizado, sem um entrelaçamento entre os níveis de governo, tanto no plano vertical como no horizontal.

A partir da implantação Comissão Intergestores Bipartite, com a presença de uma Câmara Técnica forte, acena-se a possibilidade de um novo ordenamento do SUS no Rio de Janeiro, com maior estreitamento das relações estado/ municípios e município/ município atenuando a distância entre os entes e promovendo a desejada integração.

A **segunda metade** da década, denominada também por Abrucio (2003) como a **Era do Real**, é permeada por grandes mudanças no modo de condução da descentralização, tanto no estado como na cidade do Rio de Janeiro.

Comparado ao período anterior, o processo de descentralização da saúde ocorrido no período de 1995 a 1999 foi influenciado por contextos políticos mais estáveis, mas não menos conflituosos. A pressão pela municipalização dos serviços de saúde, principalmente federal, foi aceita pela Prefeitura numa ação menos cautelosa que a anterior.

Essa iniciativa foi fruto de decisões mais restritas ao ambiente político do que ao técnico propriamente. O viés de uma gestão mais técnica na condução da saúde municipal, respaldada pelos dois governos municipais anteriores, se manteve, mas a influência política permeou mais as decisões. Um exemplo foi a municipalização dos hospitais federais que encontrou resistências no interior da SMS/RJ, principalmente no que tange a defesa dos recursos financeiros envolvidos.

A coordenação federal no processo de descentralização do SUS na segunda metade da década de noventa dava sinal de mudanças para o país como um todo, o fortalecimento da União mudou o padrão das relações intergovernamentais. Mas especificamente no caso do Rio de Janeiro, dado os conflitos aqui instalados, essa coordenação encontrou diversos obstáculos.

Não se devem desprezar também as motivações que permearam o ente federal no processo de descentralização do Rio de Janeiro. Para além do papel de coordenação do sistema que lhe é atribuído, possuía ainda uma rede de serviços sob sua administração direta⁵³, onde deveria enquanto gestor ter participado das discussões sobre o financiamento e inserção de suas unidades no conjunto de prestadores da cidade como os demais entes nas reuniões da CIB, fato que não ocorreu, gerando uma insatisfação permanente.

A instalação da Comissão Intergestores no final da primeira metade dos anos noventa foi um fator importante para aproximação de estado e municípios, mas a partir de 1996, assistiu-se a uma arena de conflitos no interior da CIB com redução da força da Câmara Técnica nas decisões, o que secundarizou o papel importante que vinha desempenhando na formulação da política estadual e no planejamento das ações.

⁵³ Em 1998, antes da municipalização, 13 hospitais na cidade estavam sob gestão do Ministério da Saúde.

Cabe ressaltar que o sucesso da execução da política através das instâncias colegiadas dependerá da forma como os atores envolvidos partilharão as decisões em busca de resultados que beneficiem o conjunto e possa consolidar uma prática de negociação mais equilibrada, integrada e coerente.

No Rio de Janeiro, as interferências partidárias obstruíram por vezes o curso da descentralização. Em períodos de disputa eleitoral, principalmente, assistiu-se a retrocessos como a questão da municipalização do Hospital Rocha Faria, demonstrando a necessidade de se instituir mecanismos que diminuam a interferência partidária na gestão governamental.

Uma postura bastante individualista prevaleceu no modo de negociação adotado nos anos 90. Através deste estudo percebeu-se o pouco empenho no enfrentamento dos problemas loco-regionais. Algumas razões mostram-se evidentes para a explicação dessa afirmativa como o acirramento das disputas partidárias em determinados momentos, entretanto, é preciso lançar luz sobre o fato de que a desigualdade intra-regional pesa e muito no modo como os municípios disputam os recursos da descentralização.

O maior ou menor grau de dependência da política federal, em especial do seu financiamento, influenciou a repartição do poder entre os grupos. A distribuição dos recursos financeiros oriundos da transferência federal foi intensamente disputada pelo estado e pelos municípios provando ser um forte instrumento de regulação e controle da política de saúde.

A ausência de financiamento por parte do estado, como já mencionado pelas dívidas que atravessaram o período, contribuiu para o enfraquecimento de sua posição na negociação com os municípios. Não havia uma proposta de alocação de recursos próprios do estado nos municípios, assim como, foi possível constatar a evasiva estadual em dar transparência aos seus projetos e ao emprego do gasto em saúde.

Não dá para omitir ainda, o fato de que o município do Rio se reportou ao Governo Federal todas as vezes que seus pleitos foram contestados, algumas vezes sem esgotar os caminhos previstos de negociação. A forma bilateral como o Governo Federal e o Município do Rio de Janeiro negociaram as municipalizações reforça a tese de que o legado da capitalidade ainda confere poder a cidade do Rio de exercer de forma diferenciada sua autonomia. Ao mesmo tempo em que as instâncias mais técnicas do Governo Federal tentavam mediar os conflitos entre o município do Rio e o estado, a decisão política acabou intercedendo nos resultados.

Por fim, tentaremos sintetizar através do Quadro III os principais quesitos que envolveram a negociação intergovernamental no processo de descentralização da saúde no Rio de Janeiro nos anos noventa.

Quadro 3- Quadro-síntese do processo de negociação intergovernamental da descentralização da saúde para o município do RJ, 1990 a 1999.

Períodos	1990 -1994	1995-1999
Dimensões		
<p>Contexto (posicionamento dos atores governamentais)</p>	<p style="text-align: center;">Nacional</p> <p>Favorável: indução gradativa à descentralização por meio das NOBs 91 e 93.</p> <p style="text-align: center;">Estadual</p> <p>Indiferente: pouca importância conferida ao processo de descentralização. Ênfase nas eleições estaduais.</p> <p style="text-align: center;">Municipal</p> <p>Desfavorável: ênfase na organização interna e no fortalecimento dos quadros gestores.</p>	<p style="text-align: center;">Nacional</p> <p>Favorável: maior estímulo à descentralização por meio da NOB 96.</p> <p style="text-align: center;">Estadual</p> <p>Desfavorável: resistência explícita a descentralização.</p> <p style="text-align: center;">Municipal</p> <p>Favorável: ênfase na municipalização das unidades federais.</p>
<p>Atores Envolvidos (principais atores e perfil)</p>	<p style="text-align: center;">União</p> <p>Ministério da Saúde: interlocutores diversos face a mudanças ministeriais.</p> <p style="text-align: center;">Município</p> <p>SMS: Secretário Municipal de Saúde e técnicos do 2º escalão.</p>	<p style="text-align: center;">União</p> <p>Ministério da Saúde: Escritório Regional e Ministro da Saúde.</p> <p style="text-align: center;">Estado</p> <p>SES: Secretário Estadual de Saúde, Subsecretário Estadual de Saúde e técnicos do 2º escalão.</p> <p style="text-align: center;">Município</p> <p>Prefeito SMS: Secretário Municipal de Saúde</p> <p style="text-align: center;">Instâncias Colegiadas</p> <p>COSEMS e CIB</p>

Períodos	1990 -1994	1995-1999
Dimensões		
Conteúdo da Negociação Intergovernamental (principais temas enfocados)	Estimativa dos recursos financeiros para o custeio das unidades federais a serem municipalizadas. Definição do teto financeiro (média e alta complexidade)	Municipalização das unidades federais (PAMs, Maternidades e Hospitais): Instrumentos para transferência das unidades, financiamento, recursos humanos.
Processo Decisório	Fragilidade no posicionamento do Ministério da Saúde. Desarticulação da SES. Coesão interna da SMS; forte influencia e autonomia da SMS na tomada de decisão.	Relações diretas estabelecidas entre o governo federal e o município com baixa influencia da SES Forte influência do Prefeito com perda de autonomia decisória da SMS
Estratégias e Instrumentos Utilizados	Revisão da estrutura interna da SMS Criação do Conselho Municipal de Saúde Descentralização administrativa – criação das Coordenações de Área de Planejamento e Grupos de trabalho de acompanhamento da gestão. Elaboração do Plano Municipal de Saúde	Criação de grupos de trabalho da SMS para acompanhamento da gestão. Criação da câmara técnica dos hospitais universitários Negociação na CIB Plano Municipal de Saúde
Principais Conflitos Intergovernamentais	Ministério da Saúde e SMS – visões diferentes sobre o processo Interferência do Conselho Municipal de Saúde	MS/SES/SMS visões e interesses distintos sobre o processo envolvendo divergências político-partidárias e financeiras.
Principais Acordos Intergovernamentais	Ausentes	MS/SMS - Municipalização dos PAMs e Maternidades

Fonte: Elaboração da autora.

Considerações Finais

Ao focar o processo de descentralização da saúde no Rio de Janeiro ao longo dos anos noventa, esse trabalho possibilitou a identificação de problemas e lacunas presentes no momento de instalação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Como foi possível observar, a descentralização não implica apenas na expansão do papel do gestor na prestação direta dos serviços, ela envolve também novas responsabilidades, recursos, poder e requer uma estrutura capaz de estabelecer um padrão de relacionamento mais articulado entre as esferas governamentais.

Abrucio (2005) reflete que o principal problema da descentralização ao longo da redemocratização foi a conformação de um *federalismo compartimentalizado*. O autor sugere que na busca por entender que novo papel desempenharia frente à nova política, cada ente agiu de forma isolada, ao mesmo tempo em que não houve incentivo ao compartilhamento de tarefas e a uma atuação consorciada.

O trabalho empírico deste estudo revela que no caso do Rio de Janeiro essa reflexão se estendeu por todo o período de abrangência da pesquisa. Em que pese às mudanças bem marcadas entre o primeiro e o segundo momento, na perspectiva das relações intergovernamentais, evidenciou-se um desequilíbrio entre autonomia e interdependência na execução de responsabilidades dos entes governamentais e pouca coordenação federativa do tratamento dos conflitos e das ações implementadas.

É na própria história da cidade que encontramos algumas explicações para o isolamento das decisões políticas adotadas. Da imponente capital restou um conjunto de órgãos que materializam a idéia de nação, o Panteão nacional, as academias, os institutos e muitos formadores de opinião. Enquanto capital nunca foi um gueto burocrático, sempre exerceu função política maior. E assim, com alguns enquadramentos, permaneceu mesmo depois da condição de município.

A relação cidade e estado, vez por outra, é surpreendida pela invasão dos limites de competência e atribuição de cada esfera, na saúde não é diferente. César Maia, recém-

empossado para um segundo período à frente da prefeitura do Rio de Janeiro, afirmou enfaticamente não pensar em concorrer ao governo do estado em 2002, porque *“na prática, o prefeito do Rio é o governador do estado da Guanabara. Não quero ser governador do Estado do Rio, porque já governo a Guanabara, e não se anda para trás”*. Essa fala de efeito, no fundo, traduz a pouca importância que os prefeitos da cidade, desde Marcos Tamoio, deram no sentido de integrar os dois antigos estados.

Observamos claramente a influência político-partidária transpassando os rumos da descentralização no Rio de Janeiro. Uma maneira de sobrepor as interferências não-desejáveis sobre o processo seria buscar fortalecer os arranjos institucionais. A arquitetura desses arranjos se mostrou durante os anos noventa fluida e pouco problematizada.

Mesmo com tantos desafios a transpor, não podemos dizer que só de obstáculos se desenhou a reforma do setor saúde no Rio de Janeiro. Profissionalizou-se a gestão, criaram-se espaços e instrumentos de pactuação e coordenação intergovernamental e ampliou-se a arena de atores envolvidos nas decisões. Esse contexto institucional possibilitou avanços em relação a um modelo mais participativo.

Não se pode sublimar ainda que o estabelecimento de uma política que garante a universalização do acesso se dá ao mesmo tempo em que se reduzem os gastos sociais e se promove uma reforma ampla no Estado Brasileiro. Isso deixou conseqüências importantes e influenciou o modo mais cooperativo ou competitivo do padrão das relações intergovernamentais.

Pelo quadro resumo do processo de negociação apresentado, vimos que os principais conflitos instalados tiveram na disputa por recursos seus principais impasses. Pelo universo de unidades federais instaladas no município do Rio, na visão do estado e de vários municípios, a cidade tinha o privilégio de contar com o recurso “extra-teto” dessas unidades. Para o município do Rio, entretanto, o tema do financiamento sempre se mostrou problemático para efetivação da municipalização.

Mediante as experiências apresentadas, entendemos a importância da reconstrução de um modelo de relações intergovernamentais no Brasil, ancorado no aprofundamento de uma cultura de negociação e respeito à autonomia dos entes. Mesmo que as plataformas políticas sejam diversas, natural numa democracia, é necessário a compreensão de que o

compartilhamento não enfraquecerá as partes e sim fortalecerá o todo como resultado da cooperação.

Finalmente, faz-se necessário situar a importância deste estudo de caso como parte de um processo que trará explicações no modo como vem se consolidando o SUS nesta cidade. Entendemos que várias questões e aspectos da política, levantados durante este trabalho, merecem ser melhor apurados em estudos comparativos, que relativizem estes achados e permitam comprovar ou refutar algumas hipóteses.

REFERÊNCIAS

Abrucio FL, Costa VMF. Reforma do estado e o contexto federativo brasileiro. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1999. (Pesquisas, 12).

Abrucio FL. Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC. In: Brasil. Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão. O estado numa era de reformas: os anos FHC. Parte 2. Brasília: Enap; 2002. p. 143-245. (Gestão pública, 7, parte 2).

Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. Revista Sociologia Política. 2005; 24:41-67.

Abrucio FL. Para além da descentralização: a coordenação federativa no Brasil. In: Fleury S. (Org.). Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha. FGV; 2006. p 77-125.

Abrucio FL, Franzese C. Relações intergovernamentais: a relação de reciprocidade entre federalismo e políticas públicas. In: Filippim ES, Rosseto AM. (orgs). Políticas públicas, federalismo e redes de articulação para o desenvolvimento. v. 1. Joaçaba: Unoesc/Fapesc; 2008. p. 61-80.

Abrucio FL, Franzese C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. Disponível em: http://www.escoladegoverno.mn.gov.br/contentproducao/aplicacao/searh_escola/arquivos/pdf/paper-federalismo-fernando-abrucio.pdf acessado em 13/11/2009.

Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Assembléia constituinte do novo estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.alerj.rj.gov.br/memoria/cd/assembleia/aconstrj.html>

Almeida MHT. O estado no Brasil contemporâneo: um passeio pela história. In: Melo CR. Sáez MA. A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2007. p.17-37.

Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 1999;14(40):111-141.

Arretche M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma dos programas sociais. Dados. 2002;45(3):431-57.

Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, 2003; 8(2):331-345.

Arretche M. Continuidades e discontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. Dados, 2009;52(2):377-423.

Arretche M. Entrevista com Marta Arretche (entrevista). Revista de Ciências Sociais da PUC-RJ, jan.-jun. 2009;4. Disponível em: http://publique.rdc.puc-rio.br/desigualdade/versidade/media/Desigualdade4_entrevistaArretche.pdf

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2007.

Braga RS. Governo comunidade: socialismo no Rio. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8669/93. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Diário Oficial da União, 27 jul. 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Convênio nº 14/95. Diário Oficial da União, 09 ago. 1995.

Brasil. Ministério da Saúde. Extrato de convênio nº 31/96. Diário Oficial da União, 24 jun. 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Extratos de cessão de uso. Diário Oficial da União, 08 set. 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1187/99. Diário Oficial da União, 24 set. 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 361/00, 31 mar. 2000. Diário Oficial da União, 66-E, 05 abr. 2000.

Brasil. Constituição (1988). 41 ed. Rio de Janeiro: Saraiva; 2008.

Campos GW. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Fleury S. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2006.

Carvalho AL. et al. Regular, supervisionar e acompanhar pacientes internados em clínicas psiquiátricas do SUS: passos importantes para a desinstitucionalização responsável no Município do Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/regularsupervisionar.doc>

CIB. Ata de reunião; 1994.

CIB. Ata de reunião; 1996.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. XII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Rio de Janeiro: CONASEMS; 1996:77.

Confederação Nacional dos Municípios. Estudo do bolo tributário. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/9000/9070/Estudos/Financas/EstudoBoloTributario.pdf>

Cordeiro H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri; 1991.

Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Rio de Janeiro). Manual do Gestor do SUS, Rio de Janeiro: COSEMS; 1997.

Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Rio de Janeiro). Manual do gestor: construindo o SUS no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: COSEMS; 1999.

Couto C, Abrucio FL. O segundo governo FHC: coalizões, agendas e instituições. *Tempo Social*. São Paulo, 2003;15(2):269-301.

Gazolla, R. Fala no Seminário do COSEMS. Hotel Glória, Rio de Janeiro; 1996.

Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

Guimarães MCL. As controvérsias conceituais e o debate sobre descentralização na literatura. Anpad; 1999.

Hall PA, Taylor RCR. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, São Paulo, n.58; 2003.

Hochman G. História e Políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 2007;22(64):153-156.

Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (Rio de Janeiro). Coleção estudos carioca. Rio de Janeiro: IPP; 2003.

Lessa C. O Rio de todos os brasis: uma reflexão em busca de auto-estima. 3 ed. Rio de Janeiro: Record; 2005.

Lima LD. O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB/RJ. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado]. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro;1999.

Lima LD. A comissão intergestores bipartite a cib do Rio de Janeiro. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2001;11(1):199-252.

Lucchese PTR. A gestão semiplena no Sistema Único de Saúde e a NOB SUS 01/96. In: Conferência Nacional de Saúde On-Line. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/gest%C3%A3osemiplenapat.htm>

Marques EC. Notas críticas a literatura sobre Estado, Políticas Estatais e atores políticos. BIB, Rio de Janeiro, 1997.

Melo M. Seminário internacional sobre as regiões metropolitanas. Brasília: Câmara dos Deputados, mar. 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27 ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

Motta M. O eleitorado carioca não vai morrer de tédio. *Jornal da Cidadania* nº 142 de 19/9/2008. Portal IBASE. Acessado em 8/3/2010. <http://www.ibase.br/modules.php?name=Conteudo&pid=2466>

Parada R. A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e forma de inserção. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2001;11(1):19-104.

Paviani A. *Metrópoles brasileiras*. Brasília: Ministério das Cidades, 2008. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/secretarias-nacionais/programas-urbanos/Imprensa/plano-diretor/noticias-2008/abril/metropoles-brasileiras/>

Pessanha V. O desafio municipal da saúde na antiga capital do Brasil. FGV. 2008. (No prelo)
Pierson P, Skocpol T. *"Why history matters"*. *APSA- CP Newsletter*. 1999.

Pierson P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton, Princeton University Press, 2004.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasília: PNUD, 2003.

Ribeiro PT. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009;14(3): 819-828.

Rio de Janeiro. Secretaria de Saúde. Estudo de viabilidade da incorporação das unidades do INAMPS no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde; nov. 1991.

Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS n 431 de 14 abr. 1993. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, 16 abr. 1993:14.

Rio de Janeiro. Secretaria de Saúde. Ofício S/STE/CIG n^o 67/96, 06 maio 1996.

Rio de Janeiro. Secretaria de Saúde. Relatório "Um ano de gestão incipiente". Rio de Janeiro; 1996.

Rio de Janeiro. Secretaria de Saúde. Termo de repasse entre o Ministério da Saúde e o Município do Rio de Janeiro, visando à reposição de custos referentes à substituição de servidores federais nas unidades de saúde que menciona. Rio de Janeiro, 16 set. 2005.

Santos AM, Motta M.S. O "bota-abaixo" revisitado: o executivo municipal e as reformas urbanas no Rio de Janeiro (1993- 2003). *Revista Rio de Janeiro*, mai-ago, 2003;10.

Souza C. *Relações Intergovernamentais e a Reforma da Administração Pública Local*. Seminário: A reforma da administração pública, Recife, 1998.

Souza C. Regiões metropolitanas: trajetória e influencia das escolhas institucionais. In: Ribeiro LCQ. *Entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito*. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

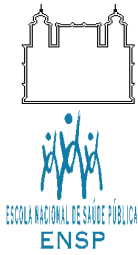
Viana AL, Baptista TWF. Análise de políticas de saúde. In: Giovanella L. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008.

Viana AL, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, 2002;7(3):493-507.

Viana AL, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2009;14(3):807-817.

Wright DS. *Understanding intergovernmental relations*. 3 ed. California: Books/Cole Publishing Company; 1988.

ANEXOS I



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Programa de Mestrado em Saúde Pública

Roteiro semi-estruturado de entrevista

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Identificação e perfil do entrevistado

Nome:

Sexo:

Data de nascimento:

Contatos (endereço, telefone, e-mail):

Escolaridade/Formação:

Cargo/função ocupado no período de 1990 a 1998 e tempo no cargo (dar ênfase às atribuições desta estrutura):

Trajetória anterior (cargos/funções relevantes desempenhadas na saúde ou outros setores do governo):

Bloco I- Aspectos relacionados à gestão municipal e às negociações intergovernamentais

- 1- Fale sobre o processo de descentralização da atenção à saúde para o município do Rio de Janeiro (RJ) ocorrido no início da década de 1990. Quais foram os principais

- fatores desencadeantes ou incentivadores desse processo? Quais os principais fatores que dificultaram o início do processo de descentralização? [considerar elementos do contexto político e setorial, sejam nacionais, estaduais ou locais]
- 2- Na sua opinião, que fatores influenciaram a evolução da descentralização da saúde para o município do início da década de 1990 até 1998 (momento de habilitação do município na condição de gestão plena do sistema municipal), considerando os momentos de inflexão desse processo? [considerar elementos do contexto político e setorial, sejam nacionais, estaduais ou locais]
 - 3- Como foi a atuação do governo municipal e, particularmente, da Secretaria Municipal de Saúde do RJ nesse processo? Ela variou nesse período (1990 a 1998)? Por quê?
 - 4- Existiam opiniões divergentes quanto ao processo de descentralização da saúde no interior do município do RJ? Quais e por quê?
 - 5- Como foi a atuação do governo federal e, particularmente, do MS no processo descentralização da saúde para o município do RJ? Ela variou nesse período (1990 a 1998)? Por que?
 - 6- Existiam opiniões divergentes quanto ao processo de descentralização da saúde para o município do RJ no governo federal? Quais e por quê?
 - 7- Como foi a atuação do governo estadual e, particularmente, da SES no processo descentralização da saúde para o município do RJ? Ela variou nesse período (1990 a 1998)? Por quê?
 - 8- Existiam opiniões divergentes quanto ao processo de descentralização da saúde para o município do RJ no governo estadual? Quais e por quê?
 - 9- Como foi a atuação dos governos municipais (outros municípios do estado do RJ) no processo descentralização da saúde para o município do RJ? Existiam opiniões divergentes dos municípios quanto ao processo de descentralização da saúde para o município do RJ? Que municípios apoiavam ou se opunham a esse processo? Por quê?
 - 10- Na sua visão, que fatores favoreceram e/ou dificultaram o processo de negociação política envolvendo as diferentes esferas de governo (federal, estadual e municipais)

na descentralização da saúde para o município do Rio de Janeiro no período de 1990 a 1998?

11- Fale sobre a participação/atuação das instâncias colegiadas do SUS na descentralização da atenção à saúde para o município do RJ no período de 1990 a 1998, destacando a principal contribuição e/ou entrave no encaminhamento do processo

Em âmbito nacional

CONASS:

CONASEMS:

CIT:

CNS:

Em âmbito estadual

COSEMS/RJ:

CES/RJ:

CIB/RJ:

Em âmbito municipal

CMS/RJ:

12- Em que momento o município do Rio de Janeiro decidiu pleitear a condição de gestão plena do sistema municipal? Que fatores motivaram a sua decisão?

13- Quais os principais conflitos intergovernamentais que se expressaram no processo de habilitação do município à condição de gestão plena do sistema municipal? Quais as razões para esses conflitos intergovernamentais? [explicitar as instâncias de governo envolvidas nesses conflitos]

14- Quais foram os principais acordos estabelecidos entre os entes governamentais no processo de habilitação do município à condição de gestão plena do sistema

municipal? Que fatores motivaram esses acordos? [explicitar as instâncias de governo envolvidas nesses acordos]

15- Na sua opinião, quais os principais aspectos inovadores para a gestão municipal no RJ ocorridos após o processo de descentralização na primeira metade da década de 1990?

16- Quais os maiores desafios e entraves para a gestão municipal provocados pelo processo de descentralização na primeira metade da década de 1990?

Bloco 2- Do Financiamento

17- Como foram garantidos os recursos financeiros para o custeio do SUS no município?

18- Que mecanismos para regulação e prestação de contas dos recursos transferidos de outras esferas de governo foram adotados pelo município?

Bloco 3- Dos Recursos Humanos

19- Os mecanismos de transferência do quadro de servidores federal/estadual das unidades municipalizadas foram formalizados através de:

convênio

processo administrativo com publicação em Diário Oficial

acordo entre os órgãos de pessoal dos entes com a presença de representação dos servidores.

outra opção. Especifique.

20- Havia previsão desses servidores poderem assumir cargos de gestão na nova esfera de governo?

sim

não

21- Como foi negociada a reposição de pessoal após vacância do cargo?

Bloco 4- Prestação do cuidado à saúde

22- Como foi negociada a transferência das unidades federais/estaduais para o município?
Quem participou desse processo? Que fatores favoreceram ou dificultaram a descentralização de unidades de saúde para o município do RJ?

23- Com a transferência das unidades federais/estaduais, quais os mecanismos para ampliação do acesso e racionalidade de serviços foram adotados?

Bloco 5- Gestão da rede de ações e serviços de saúde

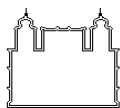
24- Quais foram às estratégias de definição de prioridades, planejamento e regulação municipal adotadas sobre o conjunto de serviços de saúde situados no município?

25- Como foi definido o papel das ações e serviços privados sob gestão municipal?

26- De que forma o Conselho Municipal de Saúde esteve presente nas decisões que envolveram o processo de municipalização na cidade do Rio de Janeiro?

27- Se desejar, faça outros comentários sobre o processo de descentralização da saúde para o município do RJ e apresente sugestões para essa pesquisa.

ANEXO II



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “*Dinâmica das relações intergovernamentais no processo de descentralização da saúde: O caso do município do Rio de Janeiro.*”, desenvolvida pela aluna Nina Lúcia Prates Nielebock de Souza, sob orientação da Prof. Dra. Luciana Dias de Lima, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) pela relevante participação no contexto da condução do processo de descentralização da saúde no município do Rio de Janeiro e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

Esse trabalho tem como objetivo analisar as relações intergovernamentais no processo de descentralização do SUS no município do Rio de Janeiro no período de 1996 a 1998, procurando entender as transformações ocorridas na arena das negociações entre os entes federativos e a capacidade municipal de enfrentamento dessa nova conformação política.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre a condução do processo de descentralização pela esfera municipal, bem como fornecer informações referentes aos projetos e ações relacionados ao processo de descentralização e pleito de habilitação da gestão do município do Rio de Janeiro por meio de documentos oficiais (tais como textos, atas, relatórios e materiais de apoio) ou regulamentação específica sobre o tema (Leis, Decretos e Portarias). Caso o Sr(a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, o Sr(a) poderá solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

As informações fornecidas serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos disponíveis sobre o tema investigado. Citações diretas de falas serão evitadas, porém, caso seja necessário para a compreensão da conjuntura, o entrevistado poderá ser identificado, desde que previamente consultado e esteja de acordo com o material de publicação. Destaque-se que os resultados da análise realizada são de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda da pesquisadora e será mantido arquivado no prazo recomendado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP).

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nina Lucia Prates Nielebock de Souza

Pesquisadora

Dra. Luciana Dias de Lima

Pesquisadora-Orientadora

DAPS - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º. Andar. Tel.: (21) 2598 – 2849

Tel. CEP/ENSP- (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa