

**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública**

**Doutorado em Saúde Pública**

**Doutorando: Carlos Alberto de Matos**

**Orientadora: Professora Cecília Minayo**

**OS DESCAMINHOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS EM RONDÔNIA:  
CONTEXTO DE FEDERALISMO PREDATÓRIO, DE REFORMAS GERENCIAIS E  
DE MAUS GOVERNOS NA FLORESTA**

**Data da Defesa: 23 de março de 2007**

**Banca Examinadora:**

**Professora Cecília Minayo – Orientadora**

**Professor Carlos Eduardo Aguilera Campos**

**Professora Elizabeth Artmann**

**Professora Luciana Dias de Lima**

**Professor Ruben Mattos**

## **Agradecimentos e Homenagens**

O presente trabalho somente foi possível em virtude de estratégia deliberada do Ministério da Saúde voltada a qualificar sua força de trabalho e a produzir conhecimentos que possam ser úteis para o aperfeiçoamento do SUS. Ao agradecer ao Ministério da Saúde, há que se frisar o acerto dessa estratégia e reiterar a importância do nível central do SUS para o avanço da Reforma Sanitária Brasileira.

Mesmo sendo a ENSP/FIOCRUZ parte integrante do Ministério da Saúde, não há como deixar de agradecer especificamente à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e a todos que fazem parte de sua história. De fato é motivo de orgulho aprender na ENSP e contribuir para a consecução de sua missão institucional.

Agradecimento especial às secretarias de saúde e demais órgãos integrantes do SUS em Rondônia. A acolhida das pessoas que compõem o SUS no Estado me deu força e ânimo ante a necessidade de uma maior atenção a regiões esquecidas e longínquas de nosso País. Sem encontrar apoio em Rondônia meu trabalho teria sido muito mais difícil.

Agradeço a possibilidade que tive de ser socorrido em momentos de dificuldades e de ser orientado, com calma e carinho, pela Professora Cecília Minayo. Para mim, essa pessoa representa um ícone por meio do qual são acessados níveis mais elevados de conhecimento; é um exemplo de determinação, de força e de coragem do qual jamais esquecerei.

À Professora Elizabeth Artmann pelo seu incansável apoio. Pessoa de muita fibra, foi fundamental para todo o meu curso na ENSP. Sua sensibilidade poética e sua seriedade profissional são valores que ajudam a manter os rumos de um trabalho voltado ao bem estar da sociedade.

Ao Professor José Gomes Temporão que, mesmo não podendo integrar a Banca Examinadora, muito contribuiu para meu trabalho. Desenvolvia importantes atividades em Rondônia quando do início de meus trabalhos de campo e fez parte da Banca de Qualificação do projeto desta pesquisa.

Aos demais membros da Banca Examinadora - Luciana Dias de Lima, Ruben Mattos e Carlos Eduardo Aguilera Campos – pelo pronto atendimento ao convite para integrar a Banca, pelo tratamento a mim dispensado e pelas inestimáveis contribuições que me permitirão aperfeiçoar o meu trabalho.

À Ana Gabriela Sambiase por todos os seus ensinamentos, por sua tolerância e sua paciência para comigo. Se a produção de uma tese é revestida por uma boa dose de trabalho solitário, aqui se tratou de uma solidão acompanhada.

Esta tese é também uma homenagem. Homenagem aos povos indígenas de Rondônia de quem foi tomado o território mediante o quase extermínio. Vida longa aos sobreviventes e às suas tradições culturais. Homenagem aos trabalhadore(a)s que partiram para os seringais, para os garimpos, para as lavouras e para as madeiras de Rondônia em busca de dias melhores e lá trocaram suas vidas por projetos e por ações de colonização que atendiam a estranhos interesses. Homenagem aos trabalhadore(a)s do SUS em Rondônia que, mesmo ante as condições reveladas pela presente pesquisa, dedicam suas vidas a salvar outras vidas e a resistir na luta em defesa da saúde pública.

Finalmente, dedico este trabalho ao meu filho Emiliano. Em seus primeiros dias vida, em meu colo, acompanhou o digitar das primeiras palavras da caminhada que resultou na presente tese. Muitas vezes foi submetido à minha ausência e sempre me retribuiu com sua companhia interessada, confiante e entusiasmada, que iluminou e deu segurança aos meus passos.

## Resumo

A presente tese trata do processo de implementação do SUS, no período de 1993 a 2002, a partir do estudo de caso do Estado de Rondônia. Os referenciais teóricos e metodológicos das ciências sociais, principalmente da ciência política, orientaram as pesquisas. A implementação do SUS foi abordada à luz dos debates atinentes às análises dos processos decisórios, das arenas políticas e das ações dos atores diretamente envolvidos. As especificidades da implementação das políticas públicas foram analisadas de modo que evidenciaram a impossibilidade de separação entre os momentos que tradicionalmente são abordados na literatura, quais sejam: o surgimento do problema, a inclusão do mesmo na agenda, a formulação, a implementação e a avaliação. A implementação do SUS em Rondônia foi analisada no âmbito de dois processos contextuais que, no Brasil, marcaram os debates desde a constituição de 1988: os contornos do pacto federativo e as medidas voltadas à reforma do aparelho de Estado as quais ganharam impulso decisivo em meados da década de 1990, no governo Fernando Henrique. No mesmo sentido, trabalhou-se uma reconstituição histórico-sociológica da formação do Estado de Rondônia com o objetivo de revelar a realidade social na qual as formulações do SUS foram implementadas. Das análises, resultaram as conclusões segundo as quais, não obstante todos os problemas, a implementação do SUS em RO restou vitoriosa. Em relação aos aspectos da implementação, o modelo revelado foi o *'top down'*: em Rondônia foram implementados dispositivos formulados no nível central, com indução, controle e regulação a partir desse nível. A iniciativa local é praticamente nula. Sob outro aspecto, os debates e as disputas em torno das questões federativas e da reforma do aparelho de Estado apareceram como elementos dificultadores para o processo de implementação do SUS. No mesmo sentido, a história da formação do Estado de Rondônia conformou uma realidade social de extremas dificuldades para a implementação de políticas públicas. Tanto o processo decisório, marcado por disputas políticas fratricidas, quanto as sucateadas estruturas das instituições implementadoras apresentaram precariedades e impuseram dificuldades extras a todo o processo de implementação e de funcionamento do SUS em Rondônia. Não obstante, a organização institucional que o SUS adotou, aliada à implementação por meio de um modelo *'top down'*, contribuiu, no período estudado, para amenizar as disputas federativas e precariedades administrativas das instituições implementadoras. Mesmo com muitas deficiências na organização da rede de serviços e, conseqüentemente, no acesso aos mesmos, a conclusão final é que houve importantes avanços na garantia do direito à saúde para a população de Rondônia. Assim, mesmo que o SUS não possa ser responsável por resolver todos os problemas ligados às disparidades regionais, contribuiu sobremaneira nessa direção.

Palavras Chave: Rondônia, Sistema Único de Saúde, implementação de políticas públicas, reforma do aparelho de Estado, federalismo

## Abstract

The following thesis deals in the process of implementation of SUS (Sistema Único de Saúde – Unified Health System), between 1993 and 2002, from the case study of the State of Rondônia. The theoretical and methodological references from the Social Sciences, mainly Political Science, oriented research. The SUS implementation has been approached in the light of the processes related to the decision making, in the political arena and of the actions of the actors directly involved. The specificities of the implementation of the public policy were analyzed in a way as to make evident the impossibility of separating the periods which are usually addressed in the literature, them being: the emergence of the problem, its inclusion in the agenda, the formulation, implementation and evaluation. The SUS implementation in Rondônia was analyzed in the context of two processes which, in Brazil, branded the debate since the 1988 Constitution: the outlines of the federation pact and the measures of state reform got a decisive thrust in the mid nineties, in Fernando Henrique Cardoso's administration. With the same purpose, a social-historical reconstruction of the Rondônia State was undertaken with the objective of revealing the social reality through which the SUS guidelines were implemented. From such analysis resulted the conclusions according to which, notwithstanding all the problems, the implementation of SUS in Rondônia was a successful one. Regarding the implementation aspects, the revealed model was the "top down": in Rondônia the devices implemented were formulated at the central level, with induction, control and regulation sprung from this level. Local initiative is practically zero. Through one other focus, the debate and dispute regarding the federative and state reform issues appeared as hindering elements in the SUS implementation process. In the same way, Rondônia's formation history created a social reality of extreme difficulty for the implementation of public policy. In the decision making process, characterized by fratricidal political dispute, as well as in the abandoned structures of the implementing institutions presented its precariousness and imposed extra challenges to the whole implementation and operation processes of the Rondônia SUS. Nonetheless, the institutional organization which SUS has adopted, along with the implementation *via* a "top down" model, has contributed, in the studied period, to appease the federal dispute and administrative precariousness of the implementing institutions. Even with several deficiencies in the service network organization and, consequently, in its access, the final conclusion is that there was important progress in the ensurance the Health Rights to the population of Rondônia. Therefore, although SUS cannot be held accountable for solving all the problems regarding regional disparity, it has contributed nonetheless to this goal.

Keywords: Rondônia, Sistema Único de Saúde (Unified Health System), public policy implementation, state reform, federalism

## Sumário

**Siglas e Abreviaturas** ..... 8

**Introdução** ..... 9

### **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

- Um estudo no âmbito das Ciências Sociais ..... 16
- Hipóteses e assertivas .....24

### **PARTE I: CONTEXTO DE REFORMAS GERENCIAIS E DE FEDERALISMO PREDATÓRIO**

- A reestruturação produtiva e a tentativa de reforma gerencial do aparelho de Estado 27
- O caso brasileiro ..... 33
- Federalismo: centralização e descentralização, competição e cooperação ..... 40
- O federalismo no Brasil: um arranjo centrado na União ..... 43
- O federalismo brasileiro a partir de 1988 ..... 48

### **PARTE II: A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E A FORMULAÇÃO DO SUS EM UM PROCESSO DE ACOMODAÇÃO PERVERSA DE INTERESSES**

- A análise da implementação de políticas públicas ..... 57
- Capacidade de implementação ..... 62
- A formulação do SUS e a acomodação perversa de interesses ..... 68
- A implementação do SUS via normas operacionais: processo lento, gradual e seguro ..... 75
- O SUS e seu arranjo institucional inovador para a manutenção do *status quo* ... 83
- Gestão do SUS: instâncias intergestoras e participação da comunidade .... 88
- Incentivos, habilitações e divisão de responsabilidades: o cerne do modelo *top down* de implementação do SUS ..... 93

### **PARTE III: CAMINHOS E DESCAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DO SUS EM RONDÔNIA**

- Considerações sobre a história de Rondônia ..... 105
- A saúde no Estado de Rondônia: conseqüências dos maus governos ..... 112
- A implementação do SUS em Rondônia: caso de sucesso relativo por meio do modelo *top down*..... 119
- Os serviços do SUS em Rondônia: o precário sucesso ..... 130

**Conclusão** .... 139

**Referências Bibliográficas** ..... 143

## **Anexos**

### **Quadros ..... 161**

Quadro: O Estado de Rondônia: informações preliminares - Fonte: IBGE, DATASUS e [www.portalbrasil.net](http://www.portalbrasil.net)

Quadro: Nações indígenas de Rondônia – fonte: Instituto Sócio Ambiental, 2006

Os Municípios de Rondônia – Fonte: Assembléia Legislativa de Rondônia, 2002

### **Mapas ..... 175**

Mapa 1 - Mapa político-administrativo de Rondônia - Fonte: IBGE, 2002

Mapa 2 - Mapa rodoviário de Rondônia, fonte: DNIT, 2002

Mapa 3 - Interesses Minerários em terras indígenas na Amazônia Legal

Fonte: Instituto Sócio Ambiental ([www.socioambiental.org](http://www.socioambiental.org)), 2005

Mapa 4 - Distritos Sanitários Especiais Indígenas, fonte: FUNASA, 2003

### **Gráficos ..... 179**

Gráfico 1 - Municípios com registro de uma ou mais consultas médicas de especialidades selecionadas no Brasil e em Rondônia – 2002 – fonte – SIA/SIH

Gráfico 2 - Municípios com registro de uma ou mais consultas médicas de especialidades selecionadas no Brasil e em Rondônia – 2002 – fonte – SIA/SIH

Gráfico 3 -Municípios com registro de um ou mais procedimentos de alta complexidade ambulatorial no Brasil e em Rondônia – 2002 – fonte: SIA/SIH

Gráfico 4 - Municípios com registro de um ou mais procedimentos de alta complexidade hospitalar de especialidades selecionadas realizado pelo SUS no Brasil e em Rondônia – 2002 – fonte: SIA/SIH

Gráfico 5 - Municípios com registro de um ou mais procedimentos de alta complexidade hospitalar de especialidades selecionadas realizado pelo SUS no Brasil e em Rondônia – 2002 – fonte: SIA/SIH

Gráfico 6 - Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Rondônia – fonte: SESA, 2001

### **Tabelas ..... 185**

Tabela 1 - Informações Rondônia – 1997 e 2001 Fonte: SIA, SIH, CNES

Tabela 2 - Leitos de UTI credenciados ao SUS no Brasil de 1998 a 2003 Fonte: SIA-SIH

Tabela 3 - Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Rondônia – fonte SIA-SIH Anos de 1993 e 2002

Tabela 4 - Avaliação das SMS de Rondônia – Critérios para habilitação na NOAS 02 –  
Fonte: DDGA/SAS/MS – 2001

Tabela 5 - Estabelecimentos de saúde no Brasil, na Região Norte e em Rondônia – 1985  
a 2002 - Fonte: CNES

Tabela 6 - Estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, categoria e regime de  
atendimento segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões  
Metropolitanas e Municípios das Capitais - Brasil - 2002

Tabela 7 - Leitos para internação, disponíveis ao SUS, em estabelecimentos de saúde,  
por esfera administrativa, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação,  
Regiões Metropolitanas e Municípios das Capitais - Brasil - 2002

Tabela 8 - Equipamentos existentes em estabelecimentos de saúde, por tipo no Brasil,  
na Região Norte e em Rondônia – 2002 – fonte CNES

Tabela 9 - Equipamentos existentes, disponíveis ao SUS, em estabelecimentos de saúde,  
por tipo, no Brasil, na Região Norte e em Rondônia - 2002 Fonte: CNES

Tabela 10- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 1996 – fonte IBGE

## Siglas e abreviaturas

AIH.....	Autorização de Internação Hospitalar
CES.....	Conselho Estadual de Saúde
CIB .....	Comissão Intergestores Bipartite
CIT .....	Comissão Intergestores Tripartite
CMS.....	Conselho Municipal de Saúde
CNES .....	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS .....	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS.....	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS .....	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS .....	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DNIT .....	Departamento Nacional de Infra-estrutura de Trnsportes
ENSP .....	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ.....	Fundação Oswaldo Cruz
FIDEPS .....	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
FNS .....	Fundação Nacional de Saúde
FUNASA.....	Fundação Nacional de Saúde
IBGE .....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS.....	Instituto Nacional de Seguridade Social
IVR .....	Índice de Valorização de Resultados
MS .....	Ministério da Saúde
NOAS .....	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB .....	Norma Operacional Básica
OPAS .....	Organização Pan Americana de Saúde
PAB .....	Piso Assistencial Básico
PACS.....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR .....	Plano Diretor de Regionalização
PDI .....	Plano Diretor de Investimentos
PES .....	Plano Estadual de Saúde
PIB .....	Produto Interno Bruto
PMS .....	Plano Municipal de Saúde
PPI .....	Programação Pactuada e Integrada
PSF .....	Programa de Saúde da Família
RO .....	Rondônia
SES .....	Secretaria Estadual de Saúde
SESAU .....	Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia
SMS .....	Secretaria Municipal de Saúde
SIA/SUS .....	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS .....	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMS .....	Secretaria Municipal de Saúde
SAS .....	Secretaria de Atenção à Saúde
SNA .....	Sistema Nacional de Auditoria
SUDAM .....	Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia
SUDENE .....	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUS .....	Sistema Único de Saúde
TFGE .....	Teto Financeiro Global do Estado
TFGM .....	Teto Financeiro Global do Município

## **Introdução**

O objeto de estudo desta tese é a implementação do SUS no Estado de Rondônia, no período de 1993 a 2002. Como sabido, a implementação do SUS no Brasil, que provoca a ruptura com os padrões outrora vigentes de organização e de prestação de serviços de saúde, tem duas ordens de princípios: os doutrinários, expressos na universalidade e na integralidade, e os organizacionais, traduzidos na determinação de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços e das ações de saúde, com a participação da comunidade. Mesmo considerando aspectos relacionados à implementação dos princípios doutrinários, o foco do estudo está na implementação dos princípios organizacionais do SUS, principalmente, o seu processo de descentralização.

A presente tese foi fortemente influenciada por minha atuação profissional no âmbito do Ministério da Saúde. Ao exercer atribuições no Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, da Secretaria de Assistência à Saúde (DDGA/SAS-MS), no período de 2001 a 2003, tive a oportunidade de acompanhar de perto uma nova etapa da implementação do SUS, configurada nas determinações expressas nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS, 2001, 2002).

Tanto o debate que levou à formulação das NOAS, quanto o processo desencadeado para a sua implementação tiveram como um de seus centros o DDGA/SAS-MS, uma vez que, à exceção do que dizia respeito à atenção básica, foi o responsável pela redação dos diversos atos normativos que regulamentaram esse processo. Além disso, era o responsável pela análise e emissão de parecer com a aprovação ou não de pleitos de habilitação de estados e de municípios, que, na maioria dos casos, eram formulados com a atuação direta dos técnicos do DDGA.

A sua matéria de trabalho dizia respeito aos planos diretores de regionalização (PDR) e de investimento (PDI), à programação pactuada e integrada (PPI), às agendas de saúde, aos sistemas de controle, avaliação e regulação, à indução de uma correta prática contratual com os prestadores privados etc. Como os trabalhos em cada estado, principalmente, junto às CIB's, às SES e às principais SMS, eram acompanhados por um ou mais técnicos do DDGA, além de efetuar o monitoramento da situação de todo o País, também atuava de modo importante na medição dos conflitos em cada estado.

O objetivo central era a habilitação de SMS e, principalmente, de SES, tendo sido o trabalho realizado majoritariamente por consultores contratados por produto, cabendo destacar, no entanto, uma forte presença de servidores públicos da carreira de Especialista em Políticas Públicas. A mediação dos conflitos, atuação tipo *policy broker*, foi, sem dúvida, importante elemento para o êxito da estratégia do MS de habilitar, preferencialmente, as SES. Como tratado neste texto, sobre a implementação das NOAS, cabe destacar o ineditismo da habilitação de todas as SES do País aos seus termos, já que, até então, a maioria dessas participava do SUS sem, no entanto, ser habilitada a qualquer das modalidades de gestão existentes.

Na qualidade de técnico desse Departamento, pude acompanhar o trabalho e o debate levado Brasil à fora. Essa experiência foi fundamental para se perceber e se constatar, inclusive pelas próprias informações acumuladas em função do trabalho no Ministério da Saúde, alguns aspectos tratados nesta pesquisa, como o *modus* de relacionamento dos entes federativos no âmbito do SUS.

Há que se destacar que as NOAS aparecem como uma etapa na organização do SUS precedida daquela relativa à implementação via Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1993 e 1996. Esse é um processo que marca a trajetória da implementação do SUS e, portanto, deve ser considerado para que se possa compreender melhor a situação atual, com seus problemas, desafios e potencialidades.

Por força da organização do trabalho no âmbito do Departamento, tive a sorte de acompanhar muito de perto a implementação das NOAS em alguns estados da Região Norte do País, principalmente, o Estado de Rondônia que, no presente trabalho, representa o caso estudado. A escolha do Estado de Rondônia deve-se às suas peculiaridades e à sua capacidade de exemplificação e comparação, a partir de um estudo de caso, de problemas e de potencialidades da implementação do SUS.

Julgo que este estudo ganha importância na conjuntura atual do País à medida que aponta elementos que podem ser considerados e incorporados no debate e na reflexão sobre a Reforma Sanitária Brasileira. Nesse sentido, a análise do caso de Rondônia muito tem a contribuir pelas suas peculiaridades, mas, também, por sua capacidade de revelar problemas que provavelmente estão presentes em outros estados do País e, assim, aparecem, de maneiras variadas, como estruturais ao SUS.

Do ponto de vista da saúde pública, o estudo acerca de algumas regiões do País, como é a Região Amazônica, não tem sido comum. Em geral, as regiões esquecidas, ante o foco voltado ao centro sul do País, têm em comum a característica de baixa renda e de baixo acesso aos serviços existentes no SUS, assim como, às demais políticas públicas. Essas regiões são velhas conhecidas, como o Vale do Jequitinhonha e do Ribeira, o Semi-árido Nordestino e toda a Região Amazônica. Nada mais iníquo que localidades pobres, com baixíssima cobertura por planos de saúde e poucos potentados capazes de acessar serviços via *pocket*, serem desprovidas de qualquer serviço de saúde, mesmo o de um único profissional médico, enquanto, nos grandes centros, a situação seja inversa, ou seja, o poder público garante, universalmente, serviços de alta tecnologia, elevado custo, baixa cobertura e efetividade duvidosa.

Essa mesma tendência de esquecimento faz-se presente também na academia. Mesmo com todo o engajamento político, produção teórica, institucional e normativa existente na Reforma Sanitária Brasileira, as realidades sociais mais longínquas do País não representaram objeto das preocupações. Esse desprezo, muitas vezes não permitiu considerar especificidades de grandes regiões do País, acarretando erros grosseiros em formulações teóricas e em vãs e custosas decisões políticas que não lograram materialização por inimplementáveis que eram.

Os poucos estudos encontrados sobre a Região Amazônica, ainda assim, em sua maioria, são estudos clínicos e epidemiológicos, não de sua realidade social, econômica e política. Por se tratar de um estado da Amazônia, todo o trabalho desta tese foi feito sob a sombra gritante da cobrança de aplicação com maior atenção do princípio da equidade. A implementação do SUS, por si, não poderia resolver as nossas disparidades regionais. Mas a determinação constitucional de se corrigir tais disparidades, se pensada e aplicada no SUS, pode receber contribuição importante da área da saúde. Estudar RO, assim, é trazer à baila a necessidade de enfrentar os problemas da equidade e das disparidades no âmbito do SUS.

A linha de análise adotada poderá ainda servir para ajudar na reflexão acerca dos rumos das reformas sanitárias em outros países. Inclusive, se for considerado o debate travado em torno da globalização e seus efeitos mundiais, sobre cada país, sobre cada conjunto de países ou sobre cada região do mundo. Evidentemente, os objetivos do presente estudo não permitem aprofundar as análises do que ocorre no plano internacional, mas não se pode deixar de considerar que a realidade do Brasil não é

immune a esses acontecimentos e a nossa experiência pode ser relevante para outros países, principalmente, os mais pobres.

Sob outro aspecto, os arranjos institucionais do SUS começam a ser adaptados para outras áreas dos serviços públicos brasileiros. É o caso da segurança pública e do meio ambiente que, no plano nacional estão implementando sistemas únicos com arranjos semelhantes aos do SUS. Nesses casos, a premissa organizacional básica não é necessariamente a descentralização, como o foi na área da saúde. Diferente disso, a União tem um pequeno papel na segurança pública e um compartilhamento com estados e municípios das competências relativas ao meio ambiente, em geral, desprovidos das estruturas mínimas necessárias para as ações necessárias.

Trata-se, então, de domínio das políticas públicas cuja responsabilidade deve ser compartilhada pelos níveis municipais, estaduais e federal e contar com uma complexa rede de órgãos, hierarquias, atribuições etc. Os objetivos centrais estão na revisão dessas responsabilidades e na necessidade de estruturar órgãos, como as secretarias municipais de meio ambiente, e integrar as ações das diversas instituições gestoras do 'sistema' por meio de fundos, planos e programações de ações pactuadas. Além disso, do mesmo modo que na Reforma Sanitária, nesses dois domínios das políticas públicas aposta-se no controle social. Nesse sentido, o estudo do SUS enfocando o seu *policy making* e seu arranjo institucional, além de contribuir para o seu próprio aperfeiçoamento, pode servir também para iluminar o caminho em outros domínios das políticas públicas.

Nesta tese, a implementação do SUS, no caso estudado, é abordada como um arranjo institucional no domínio da saúde, adotado em um contexto marcado por dois processos observados na década de 1990: a implementação do pacto federativo inscrito na Constituição de 1988 (CF 88) e a reforma do aparelho de Estado. No que tange ao pacto federativo, a análise do SUS considerou aspectos pertinentes à divisão de responsabilidades e de recursos públicos entre os entes federativos. Esse processo foi marcado por relações pouco cooperativas e, não raro, predatórias, ou seja, de transferências de ônus e dívidas, mal-uso de recursos alocados e também não cumprimento de pactos, principalmente, os carentes de qualquer consequência ou sanção. Em relação à reforma do aparelho de Estado, foi considerado, principalmente, o que diz respeito aos papéis do Estado, às suas estruturas e à sua forma de intervenção.

É interessante, por um lado, confirmar a hipótese estudada de que os arranjos institucionais adotados na implementação do SUS, ante a um jogo federativo marcado

por baixa cooperação e até por práticas predatórias, revelam elementos que aperfeiçoam as relações que se estabelecem entre os três níveis de governo em uma área específica como a saúde. Se isso é verdadeiro, não é demasiado afirmar que tais arranjos contribuem para aperfeiçoar o próprio pacto federativo ou o federalismo brasileiro, a medida que ajudam na melhor demarcação das responsabilidades de cada um dos níveis de governo, além de criar canais e instrumentos para o constante relacionamento, cooperação e interação entre esses níveis. Assim, de fato, pode ser desejável que alguns elementos desses arranjos possam ser aproveitados em outras áreas dos serviços públicos.

No caso do SUS em Rondônia, pode-se notar que os canais e instrumentos que apóiam a sua implementação colaboram sobremaneira na institucionalização de práticas regulares de interação entre os entes federativos, sendo que a cooperação e a divisão de responsabilidades na área da saúde apresentaram ganhos organizativos e de planejamento consideráveis no período estudado.

Por outro lado, ao se analisar a implementação do SUS em relação à reforma do aparelho de Estado, que ganhou impulso decisivo a partir de 1994 com o início do primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso na Presidência da República, verifica-se que tal reforma representou elementos dificultadores. Os elementos nevrálgicos dessa reforma, assentados sobre a agenda do chamado neoliberalismo e das teses do ‘Consenso de Washington’, apontavam para a revisão restritiva dos papéis do Estado e das características históricas da administração pública. Em sentido oposto são os princípios do SUS.

Medidas adotadas em nome do chamado “gerencialismo” trouxeram sérias conseqüências para a implementação do SUS em Rondônia, precarizando ainda mais as estruturas administrativas e as relações de trabalho estabelecidas. Destaca-se, principalmente, um grande corte de pessoal que ocorreu para a adequação ao limite de gastos com pessoal, impostos pela reforma administrativa implementada no estado e a Lei de Responsabilidade Fiscal. Além do mais, a atuação na área da saúde continuou sendo patrocinada e, em grande medida, executada pelo Estado (em seus três níveis de governo), não vingando o chamado setor público não estatal. Aliás, este, em Rondônia, em grande medida, foi transformado em objeto de manipulação em nome de interesses particulares, no mais puro padrão patrimonialista. São famosos os casos envolvendo

fundações, ONG's e até OSCIPS em práticas muito diversas daquelas preconizadas pelas receitas da Nova Gestão Pública.

Ainda no que tange à questão da administração pública, pode ser observado que a relação estabelecida entre os três níveis de governo para a implementação do SUS em Rondônia revela um grande potencial para o combate de uma de suas mais graves falhas: a capacidade de implementação 'decrecente', na qual União aparece como a detentora de grande parte dos recursos do Sistema, depois os estados e em último lugar os municípios.

Não que as capacidades técnicas e administrativas no âmbito da União não tenham muito que melhorar, inclusive, por terem tido suas condições precarizadas ao longo do período estudado. Mas fato é que, nos estados e nos municípios, as carências de recursos são muito maiores e, no estado de Rondônia, especialmente marcantes. No extremo da 'incapacidade' administrativa, não é difícil encontrar municípios cujo aparelho de estado não seja capaz de realizar tarefas básicas por falta de recursos humanos ou financeiros. No caso de Rondônia, a disparidade é muito acentuada, sendo que se pode observar a quase incapacidade de alguns municípios para organizar e prestar os serviços de saúde de sua competência, segundo as regras vigentes no SUS (Anexo: Tabela 4).

No entanto, os instrumentos, os canais e as formas de interação adotadas para a implementação do SUS em Rondônia permitiram à União conhecer melhor a realidade e transmitir conhecimentos técnicos e administrativos aos quadros do nível estadual e municipal, tanto quanto do estado para os municípios. Ao se demonstrar isso, de alguma maneira pode-se afirmar que as relações intergovernamentais no SUS têm um potencial a ser usado para o aperfeiçoamento da administração pública nos três níveis de governo.

Nesse contexto de dificuldades em relação aos enfrentamentos de propostas de reforma do aparelho de Estado e de relações federativas quase nunca cooperativas, é que se analisa o *policy making* local. O objetivo é desvendar os atores e sua atuação em meio ao processo de implementação do SUS em RO, sendo este o caso em estudo. Ou seja, um estudo de caso no âmbito da ciência política que, com metodologia específica, analisa a implementação do SUS, frente à capacidade de implementação das instituições responsáveis e ao *policy making* local.

Em resumo, pode-se caracterizar o contexto como eivado de dificuldades e de crises causadas pelas relações que se estabeleceram entre os entes federativos - baixa cooperação e, não raro, predação - e pela reforma do aparelho de Estado da década de 1990.

Em todo o período estudado, o *policy making* local muito girou em torno de suas crises e dificuldades permanentes advindas de uma disputa, não raro mortal, entre os atores. As instituições implementadoras sempre trabalharam com baixa capacidade de implementação. Esses dois elementos são os ingredientes básicos da receita de um mau governo na floresta que brotou no solo cultivado pela União.

Diante desse quadro, constata-se que, não obstante as limitações e as precariedades, a implementação do SUS restou, em grande medida, vitoriosa. Nesse sentido, contribuiu para aperfeiçoar o federalismo e a administração pública no País ao mesmo tempo em que induziu melhoras nas condições de vida da população de RO. Esta assertiva, central no presente estudo, é fruto do estudo das hipóteses desenvolvidas para a presente tese.

## CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

### Um estudo no âmbito das Ciências Sociais

A presente tese foi construída a partir dos instrumentos teóricos e metodológicos das Ciências Sociais. A tentativa foi a de realizar um estudo de caso, considerando as determinações advindas do contexto geral, sobre um processo de implementação de políticas públicas.

Ao se falar em estudo de caso, logo vêm à mente os estudos na área da antropologia ou com metodologia emprestada desta. Até em função da etnografia, nevrálgica à antropologia, os estudos de caso lastrearam o caminho antropológico por meio da abordagem em profusão de grupos, gêneros, comunidades, localidades etc. Quase sempre optando por ter como objeto de trabalho grupos desfavorecidos, causas libertárias, sociais e culturais, a antropologia consegue fazer com que o pesquisador incorpore a visão do outro, do estudado, e transforme isso em resultado de suas pesquisas.

Essa postura de entender e explicar a realidade incorporando o ponto de vista dos personagens do caso estudado foi o fio condutor da construção da presente pesquisa em todos os seus momentos, incluindo a escolha dos problemas em estudo. A pesquisa nasceu do contato com o campo, com a realidade empírica e cotidiana do caso estudado.

A definição de RO como caso de estudo se deu no segundo semestre de 2002, no âmbito de outro curso da ENSP. Deste momento em diante, mais de um ano, dividido em, aproximadamente, dez visitas, depois de meu primeiro contato com o campo, meu olhar voltou-se ao Estado com as intenções de pesquisador e me conduziu a selecionar o material documental trabalhado na pesquisa. Evidente que minha atividade profissional facilitou o meu caminho em relação ao acesso a documentos, atores, eventos, análises, estudos, publicações e outras formas de literatura não científica que outros pesquisadores teriam mais dificuldade em conseguir.

Ao considerar as especificidades de cada caso estudado, observa-se, de plano, que as mesmas são únicas, devido à impossibilidade de repetição já que o objeto é impossível de ser controlado. Todavia, a consideração das especificidades e a aceitação da unicidade de cada caso não podem levar ao relativismo fácil que muito se banalizou na antropologia. Diferente disso, mesmo em um estudo de caso, julgo necessário serem consideradas as determinações advindas do contexto geral, dos sistemas e dos

subsistemas que colonizam o mundo da vida, como diria Habermas. É nesse sentido que o relativismo fácil é aqui descartado, pois é imperioso admitir que as reverberações da economia, da política, do direito e da ideologia fazem-se sentir e, em muito, condicionam a vida dos grupos, dos gêneros, das comunidades, das localidades e suas realidades sociais.

É na sociologia marxista que busco o aporte dado pelo materialismo histórico e dialético, sempre criticados, porém nunca superados, como ferramentas para a compreensão da realidade histórica. No materialismo histórico, pode ser encontrada uma chave para a compreensão da configuração das relações humanas e de suas instituições. Como disse Engels no ‘Discurso diante da sepultura de Marx’:

*Assim como Darwin descobriu a lei do desenvolvimento da natureza orgânica, Marx descobriu a lei do desenvolvimento da história humana: o fato tão simples, mas que até ele se mantinha oculto pelo ervaçal ideológico, de que o homem precisa, em primeiro lugar, comer, beber, ter um teto e vestir-se antes de poder fazer política, ciência, arte, religião, etc.; que, portanto, a produção dos meios de subsistência imediatos, materiais e, por conseguinte, a correspondente fase de desenvolvimento de um povo ou de uma época é a base a partir da qual se desenvolvem as instituições políticas, as concepções jurídicas, as idéias artísticas e inclusive as idéias religiosas dos homens e de acordo com a qual devem, portanto, explicar-se; e não ao contrário como se vinha fazendo até então (Marx & Engels, 1986:351).*

É justamente nesse sentido que não se pode deixar de considerar que a realidade, com sua configuração política, econômica e ideológica, é resultado das relações de produção estabelecidas. Assim, a dialética marxista traz a possibilidade de a observação não se restringir à realidade empírica e atentar para as conformações sociais históricas que levaram a tal realidade. Trata-se do ‘método da economia política’.

Como asseverou Bourdieu (1993:205), representa uma crítica à ilusão de Hegel, por considerar o ‘real como resultado do pensamento’, e à ingenuidade dos empiricistas, que não conseguem abstrair em relação ao que está dado pois, não têm a preocupação da construção histórica e social. Nesse sentido, torna-se imperativa a reconstrução do contexto em que se dá o fenômeno estudado, sendo tal reconstrução eminentemente sociológica.

No caso estudado, foram tratados dois fenômenos apanhados do contexto – relações federativas e reforma do aparelho de Estado – por considerá-los como fundamentais para a compreensão do objeto de estudo desta tese.

Há que se ter em conta que as disputas de projetos visando estabelecer a hegemonia nas sociedades, como a definiu Gramsci (1995), é determinante para a

explicação das ações dos *policy makers* nas arenas políticas e, conseqüentemente, para a configuração institucional das sociedades. Em outras palavras, a base econômica de uma sociedade é um de seus pilares explicativos fundamentais e, justamente por isso, ao se estudar um único aspecto de uma determinada realidade, como é o caso do presente trabalho, há que se ter em mente a forma como foi estruturada a economia, a divisão do trabalho, as fontes e a distribuição das riquezas.

É também por meio do instrumental gramsciano que emprego a noção de ‘intelectual orgânico’ (Gramsci, 1978) para dar base à abordagem e ao papel do pesquisador na sociedade. São descartadas as abordagens descomprometidas e desinteressadas para com a realidade, pois há que se reconhecer que o trabalho do pesquisador está inserido e pode/deve ser usado na tomada de decisões dos atores envolvidos na *policy*. As teorias, assim, devem estar vinculadas à prática tanto como matéria-prima do pesquisador, quanto como *locus* de aplicação daquelas.

Na linha do engajamento teórico, no presente contexto a disputa crucial ainda é contra a imposição das teses do ‘pensamento único’, economicista e exaltador do consumo desenfreado e do egoísmo individual ou de grupos. Para o pesquisador, é árdua a tarefa de remar contra essa corrente, como nos mostra Mézaros (1996). Já Bourdieu (1998a), nos chama a atenção para a responsabilidade dos intelectuais e das instituições diante da ‘precariedade que está por toda parte’.

Na presente tese, todavia, os elementos tomados à antropologia e à sociologia servirão de esteios para a análise de um problema tipicamente da ciência política, qual seja, a implementação de políticas públicas, no caso, as de saúde.

Fundamentalmente por isso, mesmo sendo um estudo de caso, gera alguma capacidade de generalização e de comparação. A identificação e a análise do arranjo institucional, dos principais atores e de suas respectivas ações no processo de implementação das políticas de saúde num estado determinado, o de RO, são tomadas como uma forma de observação que ressalta aspectos que, de maneiras variadas, manifestam-se em outros estados, na Região ou no País, ou seja, passíveis de comparação.

Mais uma vez surge a necessidade de se afrontar o relativismo fácil que contaminou os estudos de caso, principalmente, na antropologia. No presente trabalho, o estudo da implementação do SUS é observado a partir do desenho e do funcionamento

institucional que necessariamente remete ao plano nacional, já que é nesse plano, não no plano estadual que é estadual, é que são definidas as regras do jogo. Trata-se da aplicação de regras nacionais em um estado determinado. Assim, é a ciência política que empresta as ferramentas teóricas centrais para a apreensão do objeto de estudo, sendo que a categoria fundamental trabalhada é a implementação de políticas públicas em saúde.

Diante do exposto até aqui, cabe a consideração acerca dos métodos centrais que permitiram a estruturação desta tese. Depois apresento a análise dos elementos do contexto que considero fundamentais ao entendimento do objeto desta pesquisa, quais sejam o federalismo brasileiro após a CF de 1988 e a reforma do aparelho de Estado da década de 1990. Finalizando esta seção, analiso a categoria implementação de políticas públicas para completar o recorte teórico e metodológico que serviu de caminho na construção desta tese.

### **Métodos e técnicas**

Os métodos e as técnicas empregadas na presente pesquisa serviram para a construção e a apreensão do objeto de estudo, bem como, para a verificação das hipóteses que redundaram nas assertivas, nas teses e nas conclusões aqui alcançadas. Consistiram basicamente em a) análise bibliográfica e o diálogo com a literatura científica visando à delimitação teórica e metodológica da pesquisa, bem como, a construção do objeto de pesquisa, das categorias e das variáveis selecionadas para estruturar a sua análise; b) observação empírica, a análise de documentos e a consideração de depoimentos, para a apreensão do objeto de estudo em seu contexto.

No primeiro ponto, trata-se de um caminho trilhado por todo e qualquer pesquisador que objetive construir uma tese acadêmica. Esse trabalho está presente de modo transversal ao longo de toda a pesquisa e corrobora para responder às perguntas sobre o que considero importante pesquisar, quais os posicionamentos que assumo e a quais conclusões chego. Ou seja, como construí a estrutura da pesquisa, como reconstruí o contexto, como e para onde foi direcionado meu olhar durante o trabalho de campo. O trabalho de construção do objeto de estudo, das categorias e das variáveis do estudo é feito nas seções seguintes deste texto.

Já em relação ao ponto 'b', procedi ao estudo de caso por meio da construção de uma abordagem que permitiu a análise do objeto de estudo e que apresento com mais detalhes. Antes, porém, de detalhar essa construção permito-me, lembrar as considerações de Mills (1969), principalmente, acerca da grande teoria e do empirismo abstrato, nos quais procuro tomar o cuidado de não incorrer, já que são comuns em estudos de sociologia ou que empregam ferramentas desta, como é o caso.

No primeiro caso, o da grande teoria, o autor alerta para o risco de os estudos serem tão gerais, tão amplos, com cenários históricos e conceitos tão complexos, que não conseguem apreender a realidade estudada. No segundo, o empirismo abstrato, diz respeito à coleta de informações no campo de trabalho tal qual se faz ao proceder uma pesquisa de opinião. Nesse caso, não interessam os aspectos da realidade estudada, mas o simples cômputo estatístico das opiniões em relação a perguntas pré-existentes em relação ao campo. Em ambas as situações a crítica e o alerta é para o perigo do apego ao método em detrimento do que, de fato, pode revelar o estudo de realidades sociais concretas.

### **Observação empírica**

Em maio de 2001, ocorreu minha primeira viagem a RO na qualidade de técnico do DDGA-SAS-MS responsável pelo monitoramento e indução da implementação da NOAS 01. Conforme relato em momento específico, a situação vivida no estado exigiu grande esforço por parte do MS, o que derivou muitas idas ao estado e mesmo, durante um dado período, a presença permanente de técnicos atuando no estado em representação à SAS-MS.

Mais de um ano depois, após ter adquirido razoável conhecimento de campo, no segundo semestre de 2002, no âmbito do curso de mestrado profissionalizante ENSP/SAS 2002 e suas regras específicas, optei por estudar o estado de RO. No início de 2003, dadas inclusive as mudanças ocorridas nas estruturas do MS, deixei de ser o responsável técnico pelo monitoramento do estado, tendo, desde então, meu interesse se dirigido ao estado na qualidade de pesquisador que quer extrair do campo a matéria-prima para o seu trabalho. Em contrapartida, em meu prejuízo, aumentaram os intervalos entre os meus contatos com o campo, agora de estudo.

Submeti à qualificação projeto de estudo para a dissertação tratando de RO. A banca recomendou e a ENSP entendeu por bem progredir-me para o doutorado, aproveitando todo o trabalho realizado no âmbito do mestrado. Deveria então apresentar à ENSP uma tese de doutorado, além de cumprir outros requisitos como prova de terceira língua, complementação da carga de créditos e cumprimento das disciplinas obrigatórias. Assim, tive que mudar sobremaneira o escopo e o timbre do trabalho de modo a estar em sintonia com as exigências, mas o fiz a partir daquele trabalho que nasceu da observação do campo, no qual a implementação do SUS, ante as relações federativas e a reforma do aparelho de Estado eram os temas centrais dos debates e das disputas.

De maio de 2001 até o presente momento, tive a oportunidade de estar em campo, antes de trabalho e depois de estudo, por mais de trinta vezes. Algumas vezes por curtos períodos de tempo e visita restrita à capital. Noutras, períodos maiores que permitiram conhecer várias localidades do interior de RO. Nessas visitas participei de reuniões, conversas, eventos e aproveitei as possibilidades oferecidas por essa condição para, a partir do segundo semestre de 2002, dirigir meu foco à pesquisa da realidade. Esse conhecimento facilitou as vezes que me dirigi ao campo com objetivo determinado e particular ou tema de interesse específico desta tese. Meu comportamento passou a ser o de um pesquisador recolhendo material, fazendo anotações e estruturando a pesquisa a partir do que me ofereceu a realidade concreta. Evidentemente, como tratado por VÍctora *et al* (2000, 32-35), o domínio de teorias e técnicas é que permitiram a construção do objeto de pesquisa e de hipóteses para serem testadas ante a realidade empírica.

### **Análise de documentos**

Dada essa situação particularmente privilegiada de contato com o campo de estudo, aproveitei a oportunidade para testar os conceitos e categorias teóricas advindas da literatura científica ante o que Meadows (1999) definiu como ‘literatura cinzenta’.

Quando o pesquisador abre a cortina científica e observa o que é produzido fora desse mundo, ainda que com critérios e métodos científicos, fica pasmo com a riqueza tanto em quantidade como em qualidade reveladora do que foi registrado no mundo da vida, no cotidiano do funcionamento da sociedade e suas instituições. Evidentemente,

esse registro sempre será parcial, pois jamais apreenderá a realidade em sua totalidade. Todavia, é de uma amplitude incomensuravelmente superior ao coberto pela literatura extrinsecamente científica. Daí o método da análise documental privilegiado na presente tese.

Grande parte do que foi observado e estudado no caso concreto está registrada em documentos que foram classificados e selecionados. A classificação visou estabelecer as diferenciações entre os documentos analisados, considerando, inclusive, que para o objeto estudado há, evidentemente, documentos que ganham maior importância que outros. Assim são adotadas as seguintes definições de documentos:

- a) leis e regulamentos: nessa categoria entra toda a normatização do SUS desde a CF, passando pelas leis e pelas normas nacionais, até chegar à normatização municipal;
- b) instrumentos de gestão e pactos entre os gestores: aqui são considerados a PPI o PDR, o PDI, além de pactos específicos como o da Atenção Básica e, no caso concreto, o Termo de Compromisso e Cooperação Técnica firmado entre o MS e o Governo do Estado. No mesmo sentido, são tomadas e analisadas informações procedentes de sistemas e de redes informatizadas existentes no SUS nos três níveis de governo;
- c) planos na área da saúde: além dos planos de saúde em si, interessa considerar aqui planos voltados a equacionar situações específicas, como o voltado a estruturar o controle, a regulação e a auditoria, a vigilância em saúde etc.
- d) atas, relatórios, estudos, notas, pareceres, ofícios e outros documentos técnicos: ao considerar esses documentos capto a manifestação expressa dos diversos atores que atuam no caso estudado;
- e) decisões judiciais e acordos com o Ministério Público: o caso concreto impõe a necessidade de considerar alguns desses documentos já que interferiram diretamente na implementação do SUS no estado;
- f) publicações diversas por veículos de comunicação de massa: aqui interessa captar o jogo político por meio da consideração de publicações na imprensa escrita, falada, televisiva e digital, já que, no caso estudado, funciona como poderoso instrumento nas disputas travadas.

Dada a quantidade de documentos disponíveis, para não perder o foco, procedi à seleção de documentos considerando tão somente os mais importantes e indispensáveis ao objeto de estudo da presente pesquisa, arcando, inclusive, com a pena de descartar outros muitos, ainda que importantes e históricos. Ou seja, os documentos selecionados dizem respeito à implementação do SUS no estado, considerando as relações federativas e a reforma do aparelho de Estado.

Os documentos têm a vantagem inigualável de serem manifestações expressas e registradas. Todavia, ainda assim, estão sujeitos à interpretação do leitor. Tal interpretação dependerá muito da intenção desse leitor. No caso da presente pesquisa, a intenção é extrair elementos relativos ao objeto de estudo e é nesse sentido que os documentos são inseridos no contexto em que foram produzidos.

A forma de investigação privilegiada traz consigo elementos da análise de conteúdo e do que Minayo (1999 e 2002) denominou hermenêutica-dialética. Da análise de conteúdo, para além de examinar a intenção expressa do documento, aproveito sua busca por desvendar o conteúdo latente situando no contexto, filtrando o que diz respeito ao objeto de estudo e suas categorias analíticas e variáveis, como que a adotar unidades de registro e a selecionar elementos significativos para o estudo. Evidente que esse conteúdo latente que interessa a esta tese não está no campo do psíquico dos atores, mas sim das intenções políticas e, às vezes, das manifestações ideológicas.

Assim, a lingüística deve estar submetida à hermenêutica, que se funda na compreensão (Minayo, 2002:85) dos textos analisados. Cabe ressaltar que a hermenêutica é central em estudos históricos, já que é a partir dela que os historiadores procedem à crítica de sinceridade e de exatidão, em que o princípio básico é a desconfiança sistemática em relação a tudo que não esteja suficientemente provado ou claro, já que os documentos sempre são dotados de intenção (Cardoso, 1986: 52-3).

Nesse sentido, festejo o trabalho de Minayo (1999 e 2002) que ilumina a possibilidade imperiosa de se adotar a hermenêutica em conjunto com abordagens que consagram a dialética, como no presente estudo. Considerando o objeto aqui tratado, na análise dos documentos, torna-se inescapável a consideração do dissenso e da contradição, centrais na dialética marxista.

### **Categorias analíticas e variáveis**

a) Relações intergovernamentais na área da saúde a partir do pacto federativo de 1988.

Variáveis – cooperação, competição, descentralização e centralização;

b) A reforma do aparelho de Estado da década de 1990 no processo de implementação do SUS em Rondônia no período estudado e a capacidade de implementação decrescente.

Variáveis – relações de trabalho, emprego de instrumentos gerenciais e análise das estruturas das instituições implementadoras.

c) O *policy making* estadual e a implementação do SUS.

Variáveis – regularidade e respeito às decisões das arenas decisórias e a capacidade de implementação das instituições implementadoras.

### **Hipóteses e assertivas**

*Primeira hipótese.* O arranjo institucional do SUS contribui para aperfeiçoar as relações federativas e intergovernamentais e dá estabilidade às políticas de saúde. Não obstante a situação de crise política no plano estadual atrapalhar sobremaneira a implementação do SUS, o estudo do *policy making* local no domínio da saúde revela que as disputas travadas entre os atores na arena estadual não tiveram o condão de bloquear a implementação do SUS.

Ao se confirmar essa hipótese, demonstra-se que mesmo disputas políticas extremamente acirradas, como no caso estudado, em si, não são capazes de bloquear a implementação de determinadas políticas públicas. Essa análise, todavia, tornou forçoso o reconhecimento de que as disputas entre os atores no *policy making* estadual, no caso concreto, contribuíram (ou contribuem) sobremaneira para as precariedades do SUS no Estado. As disputas nem sempre se dão em torno de propostas para as políticas públicas, sendo que as regras e as imposições da União são aceitas – nem sempre implementadas – a comprovar o tipo *top down*. As grandes disputas estão em torno de interesses pessoais, corporativos e/ou políticos envolvidos, o que é transparente por eloqüentes demonstrações de captura do público pelo privado.

*Segunda hipótese.* Quando um dos níveis de governo deixa de cumprir suas responsabilidades para com o SUS, não existem instrumentos jurídicos ou capacidade administrativa adequada para se promoverem intervenções de um nível de governo no

outro de modo a garantir a prestação dos serviços de saúde, conforme prevê o princípio da complementaridade. No caso estudado, houve o ineditismo de um termo de compromisso e cooperação técnica firmado entre o MS e o Governo de RO como forma de solucionar a determinação judicial de intervenção federal no estado que é analisada visando demonstrar a assertiva desta hipótese.

*Terceira hipótese.* A implementação do SUS em RO, não obstante o processo de descentralização, mantém forte poder para a União e, mesmo com o padrão facultativo e por modalidades, pode ser caracterizado como uma implementação do tipo *top down*. Todavia, mesmo o processo de descentralização permitiu e permite a existência de práticas meramente declaratórias ou cartoriais para comprovar requisitos, como a comprovação da existência de fundos de saúde por documentos sem, todavia, que os mesmos existam na prática. A questão que fica para discussão oportuna é se isso revelaria um padrão institucional próprio do SUS ou do País.

*Quarta hipótese.* A implementação do SUS em RO, no período estudado, contribuiu para combater a capacidade de implementação decrescente, confirmada pelo estudo, ou seja, O MS dotado da maior capacidade de implementar suas ações, seguida pela SESAU, cujas estruturas já são precárias frente a outras SES, e depois pelas SMS, cuja capacidade de implementar é variada, porém muito aquém do desejável. A baixa capacidade de implementação da SESAU (SES-RO) e, principalmente, das SMS de RO, muito embora subordinadas às decisões políticas, revelam-se nevrálgicas para a explicação das condições de saúde existentes no estado. Considerando a baixa renda relativa local e a pouca eficiência no uso dos recursos existentes, a extrema escassez de recursos econômicos (estruturas físicas, recursos humanos, orçamentários e financeiros), que reflete diretamente na estrutura institucional responsável pela implementação, aparece de longe como o principal obstáculo. A escassez de mão-de-obra é o ponto central da ferida. A atuação da União não foi suficiente para combater as disparidades existentes no âmbito do SUS, conforme seus preceitos (CF, art. 198, par. 3º, II).

*Quinta hipótese.* As ações tomadas em nome das diretrizes da reforma do aparelho de Estado foram prejudiciais à implementação do SUS em RO. Além do prejuízo causado pelo corte drástico e abrupto de mão-de-obra nos quadros da SESAU, pode-se observar que a indução ao emprego do terceiro setor resultou na captura do mesmo por interesses particulares. Instrumentos gerenciais capturados pelo velho patrimonialismo. Além do mais, impulsionada pelos dogmas da flexibilidade, as

proféticas palavras de Bourdieu (1998-119) – *a precariedade está hoje por toda parte* – ecoaram forte em RO.

*Sexta hipótese.* A relação público-privado no SUS é fortemente pautada por este último setor e, em geral, não se cumpre a lei no processo contratual. Trata-se da ausência de um recurso cognitivo muito importante que é a capacidade administrativa destinada a otimizar as possibilidades advindas dos processos de contratualização no âmbito do SUS. Tal ausência contribui sobremaneira para a baixa capacidade de implementação verificada no caso estudado.

Diante do conjunto de hipóteses, as teses e assertivas centrais deste estudo são:

1 – A situação de crise política permanente no *policy making* local não impediu a implementação do SUS em RO, mas imprimiu sua marca ao influir na precariedade patente do Sistema. No mesmo sentido, a ausência de muitas das condições necessárias a qualquer processo de implementação, são os esteios da baixa capacidade de implementação observada e, pois, da dificuldade de se reverter as condições precárias do SUS no estado.

2 – A implementação de políticas públicas, a depender dos arranjos institucionais adotados, pode contribuir para melhorar as relações federativas e combater a capacidade de implementação decrescente observada entre os níveis de governo a partir da União.

3 – O processo de descentralização verificado foi induzido diretamente pela União por meio de um tipo *top down* de implementação. Nesse caso, os avanços conquistados com a implementação do SUS, que não são poucos mesmo ante a precariedade existente, devem-se em muito a ação direta da União, revelando que nem sempre modelos mais democráticos de implementação são mais efetivos na garantia dos direitos dos cidadãos. Ao contrário, no caso concreto, o que vieram do *policy making* local foram dificuldades, dada a sua situação de crise permanente.

Há que se esclarecer desde já que a reflexão crítica acerca do tema que se tenta empreender na presente tese visa, ao apontar falhas e sucessos, inserir-se no rol de contribuições para o debate, objetivando, antes de qualquer coisa, o aperfeiçoamento do SUS.

## **PARTE I: CONTEXTO DE REFORMAS GERENCIAIS E DE FEDERALISMO PREDATÓRIO**

### **A reestruturação produtiva e a tentativa de reforma gerencial do aparelho de Estado**

Os processos e as questões políticas mais amplas que dominaram as últimas duas décadas do século XX estão ligadas diretamente à reestruturação produtiva do capitalismo e às conseqüentes reformas e adaptações no aparelho do Estado. São profundas mudanças nas relações de produção sob o domínio ideológico das teses neoliberais.

Com os adventos da Queda do Muro de Berlin, em 1989, e da *débâcle* da União Soviética, em 1991, o planeta viu ruir a antípoda política e ideológica ao capitalismo. Não obstante os diferentes matizes capitalistas, como o social-democrata e o liberal, além da existência de outros tipos de regimes como o chinês, o mercado auto-proclamou-se vencedor, apresentando-se como o melhor mecanismo para a alocação de recursos. Nessa onda pró-mercados, já na década de 1980, ganham *status* de políticas públicas as teses neoliberais, refratárias às intervenções estatais e orientadas para o chamado ‘Estado mínimo’.

O neoliberalismo é aqui entendido como uma reformulação das posições liberais clássicas que passaram a orientar a elaboração de políticas públicas em boa parte do planeta. Tal reformulação data de meados do século XX e surgiu como uma reação ao Estado de Bem-Estar Social (Andersen, 1995). Ganhou contornos de doutrina ou de teoria a partir de pensadores como Milton Friedman, Von Mises, Friedrich Hayek e Jhon Raws. Essas bases teóricas do neoliberalismo passaram a orientar um conjunto de políticas emanadas a partir do Estado. O neoliberalismo, tanto como corpo teórico doutrinário quanto como conjunto de políticas públicas, tornou-se dominante no mundo capitalista ao longo das duas últimas décadas do século passado, principalmente, a partir das ações de organismos como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial.

O governo de Thacher na Inglaterra e o de Reagan nos EUA foram os precursores do processo de implementação de políticas públicas orientadas pelas teses neoliberais. As políticas neoliberais centraram-se na necessidade de garantir maior

liberdade ao mercado e ao capital para que dessem pleno desenvolvimento à sua racionalidade. Nesse sentido, impuseram-se como imperativas as reformas no aparelho do Estado, nos direitos sociais, tais como os previdenciários, e na legislação trabalhista. Para essas tarefas não era mais possível a prática do ‘pacto social democrata’, do *Welfare State*, que consistia em decisões tripartites com a presença cooptada das representações de trabalhadores, dos patrões e do Estado. Diferente disso, o Estado passou a ser o condutor dessas (auto)reformas, em geral, orientadas à restrição da intervenção e do gasto público.

Para além da crise do *Welfare State* (Andersen, 1995), há muitos autores que identificam a crise no padrão de acumulação capitalista centrada no ‘americanismo’ (fordismo + taylorismo) como a demandante da agenda neoliberal, na medida que as novas tecnologias de produção e de gerenciamento das empresas exigiam maior flexibilidade para alocar o capital e organizar a produção em nível mundial.

Em resposta a essa crise no padrão de acumulação vem a chamada reestruturação produtiva, trazendo consigo a necessidade de novas relações de trabalho, mais ‘flexíveis’, e de um novo tipo de intervenção estatal, em suma, novas relações de produção. (Antunes, 1995 e 1997; Dias, 1996 e 1997; Gonsalves 1996; Pochman, 1999; Matos, 2002; Soares, 1998) Essa é uma agenda que, protagonizada por alguns países, ganhou contornos internacionais e afeta todo o mundo capitalista.

No âmbito das relações trabalhistas, há uma avalanche rumo à desregulamentação e à flexibilização de direitos outrora conquistados. A questão central desse novo modelo é a redução dos custos do trabalho tomado como um fator de produção. Ainda que o discurso apontasse para a quebra de amarras burocráticas, custosas e protecionistas, visando dar maiores incentivos ao investimento privado e, conseqüentemente, possibilitando o aumento do emprego, o que se viu foi o aumento das taxas de desemprego e a precarização do trabalho. (Poschman, 1999; Antunes 1995).

Vivencia-se, em verdade, um processo de internacionalização e de flexibilização da produção de bens e serviços comandado por conglomerados empresariais de caráter multinacional. Esse processo envolveu o crescente emprego de técnicas gerenciais e produtivas, cujo objetivo era criar novas condições de exploração do trabalho e de

acumulação do socialmente produzido como base no acentuado crescimento da produtividade.

Essa redefinição traz consigo um novo *modus operandi* por parte das empresas, tanto no que diz respeito às formas de produzir e comercializar como nas de acumular capitais. A desconcentração afigura-se como estratégia de acumulação. Tem-se ‘empresas de escopo’, centrais, representando os focos dinâmicos com uma organização enxuta no processo de produção. Ao redor destas gira uma rede de pequenas e médias empresas, oficinas e trabalhadores domésticos que são subcontratados ou terceirizados. As empresas centrais têm, assim, em sua órbita uma imensa rede de subcontratados interligados e dependentes.

Ao contrário do processo de concentração industrial, da época da Revolução Industrial, presenciou-se uma dispersão, o que deu grande mobilidade à produção. O *putting-out-sistem* voltou como estratégia de redução de custos, mas com altos níveis de controle e de transferência de responsabilidades para os subcontratados, que vivem em função das empresas centrais (Sennet, 1999).

Essa reestruturação produtiva é acompanhada por um processo de desenvolvimento de prestação de serviços nas áreas de planejamento, marketing, projetos etc, além do crescimento no mercado de trabalho de funções em trabalhos temporários, domésticos, precários, informais, em que se observa um significativo aumento do emprego da mão-de-obra feminina, pior remunerada do que a masculina, e do desemprego estrutural. (Antunes, 1995). Nota-se, nesse sentido, o crescimento acentuado, em todas as partes do mundo, do número de pessoas desprovidas das condições básicas de existência, como conseqüência da precarização do trabalho, capitaneada pelo capital e (des)regulamentada pelo Estado.

Somado à reestruturação produtiva vem o processo que conduz à espetacular capacidade e autonomia dos mercados financeiros, frente ao capital produtivo e aos governos nacionais. A reestruturação produtiva e o avanço dos capitais financeiros somados compõem o que se tem convencionado chamar de globalização econômica que influencia sobremaneira – não raro determina - os rumos dos estados nacionais.

Há que se reter desse processo, impulsionado pelas novas técnicas gerenciais e pelas novas tecnologias, que a ‘flexibilidade’ ganha *status* de ícone pós-moderno,

inquestionável e a tudo aplicável, inclusive ao próprio Estado. Várias de suas diretrizes passaram a fazer parte do *modus operandi* do Estado: programas de qualidade total, reengenharias, terceirizações, subcontratações, desconcentração, descentralização, o que tem resultado, indubitavelmente, na precarização das relações aí estabelecidas.

Nesse sentido, sob o aspecto da intervenção estatal direta, também se impuseram reformas estruturais orientadas ao fortalecimento da competitividade dos mercados e à diminuição da intervenção estatal na economia. A privatização é a parte mais visível desse processo. Todavia, todas as áreas da atuação estatal passam a ser questionadas. Sob influência do neoliberalismo, as propostas de reforma do próprio aparelho do Estado adotam as diretrizes, gerenciais e tecnológicas, observadas no bojo da reestruturação produtiva.

Mesmo áreas como a saúde, a educação e a previdência são apontadas como passíveis de saírem da atuação direta do Estado e, ainda que fiquem, podem ser executadas adotando-se o *modus* emanado da reestruturação produtiva. Como se trata de uma ideologia (Mésaros, 1996), são controversas as definições das ações práticas e das políticas públicas, considerando, inclusive, a resistência dos prejudicados pelas reformas propostas, mormente os trabalhadores.

Logo se percebe que o dito ‘Estado Mínimo’ não passa de retórica, já que a necessidade de intervenção estatal se faz essencial para reformar o que deveria ser reformado e, posteriormente, regulamentar e regular as novas relações. Ou seja, muda o tipo de intervenção e de relações de trabalho, sem diminuir – ou quiçá aumentando - o tamanho dessa intervenção, promovendo concomitante e sorrateiramente a precarização generalizada.

É nesse sentido que aparecem as teses da chamada *New Public Management* (NPM), nas quais o discurso é em defesa de um ‘Estado Gerencial’. Tais teses foram testadas a partir de 1984, com maior protagonismo nos países anglo-saxões: Nova Zelândia, Reino Unido, Estados Unidos e Austrália. Esses são os países que lideraram a NPM e a ‘reinvenção’ do Estado.

Com o impulso inicial das reformas nesses países, somado à influência de organismos internacionais, outros países enveredaram pelo mesmo caminho. Podem-se identificar outros três grupos de países para diferenciar estratégias e escopos da reforma:

um primeiro, menos radical e menos seduzido pela privatização desenfreada e pelo canto da sereia dos mercados, inclui a França, os países nórdicos, os Países Baixos e o Canadá; o segundo, muito mais cauteloso para com as reformas, tem como membros proeminentes Japão e Alemanha, esta muito mais voltada para reformas nos níveis locais de governo, já que a prioridade do governo central voltava-se a reunificação do País. Por fim, destacam-se os países em desenvolvimento e os Estados em transição para o capitalismo da Europa Central e Oriental. Nesse grupo de países, as reformas invariavelmente eram exigências internacionais, condições para terem acesso ao crédito nos organismos financeiros e/ou para adequar as estruturas dos Estados europeus mencionados às exigências da Comissão Européia. (Pollit e Bouckaert, 2000 e 2002; Savoie, 1994; Kettl, 2000; Guyomarch, 1999; Kirkert, 2001; Muramatsu e Nashld, F. (eds.), 1997; Bouckaert e Timsit, 2000; World Bank, 2002)

As teses da NPM, para a defesa do ‘Estado Gerencial’, envolvem, evidentemente, o diagnóstico da situação que precisa ser alterada. O cerne do diagnóstico aponta para a crítica e para a necessidade da superação de muitos padrões do chamado ‘Estado Burocrático’. Sem desconsiderar os avanços desse tipo de Estado em relação ao ‘patrimoliasmo’, as críticas apontam: estruturas grandes, obsoletas, hierarquizadas, caras e pouco dinâmicas; tendência à centralização e superposição de órgãos e funções; formalismo, excesso de normas e rigidez nos procedimentos; dificuldades para a transparência nas coisas públicas e para o controle social; rigidez no que tange aos recursos humanos que impedem a adequação do quantitativo e da alocação de pessoal segundo as necessidades dos serviços públicos e dificuldades para a cobrança de resultados do trabalho; excessivas exigências no controle das compras estatais e excessivo detalhamento e engessamento dos orçamentos públicos; deficiência dos sistemas de informação; inexistência de indicadores de desempenho na administração pública; incapacidade de voltar-se para o ‘cliente’ cidadão; ineficiência generalizada; administração auto-referida; controles *a priori* com foco nos processos; e, por fim, interesse público confundido com o interesse do Estado, ou melhor, dos governantes e burocratas.

As propostas voltadas ao ‘Estado Gerencial’, inspirada na administração empresarial privada, portanto, nas diretrizes da reestruturação produtiva e no ícone da flexibilidade, vão no sentido de superar a fase burocrática, visando aumentar-lhe a eficiência e a efetividade com a redução dos custos e o aumento da qualidade dos

serviços. Muito embora mantenha os critérios da impessoalidade, do profissionalismo e da meritocracia, típicos do padrão burocrático, o ‘Estado Gerencial’ prima pelo foco no cidadão-cliente, discurso usado de sobejo na iniciativa privada, identificando aí o que seria o interesse público. Implica descentralização de funções e reduções dos níveis hierárquicos, recompensas por desempenho; volta-se para a definição precisa de objetivos e metas, para a garantia de autonomia dos administradores na gestão dos recursos materiais, humanos e financeiros; enfatiza o controle de resultados *a posteriori*; é permeável à participação/controlado por parte de agentes privados e de organizações da sociedade; e, ainda, permite a competição administrativa entre órgãos e/ou entidades da administração. Evidente que, como na iniciativa privada, está também presente o *down sizing*, que implica a redução dos quadros de pessoal por meio do aumento da produtividade.

Pesquisa realizada sob a coordenação de Werner Jann e Christoph Richard (Jann e Reichard, 2002), sob encomenda do governo alemão no início da gestão social-democrata de Gerhard Schröder, no final de 1998, buscou identificar as melhores práticas de reforma do Estado em um conjunto de países selecionados: Dinamarca, Reino Unido, Estados Unidos, Países Baixos, Nova Zelândia, Suécia e Suíça. Foram convidados especialistas em cada um desses países a prepararem um relatório, a partir de um roteiro semi-estruturado, sobre as inovações mais bem-sucedidas do respectivo país. Alguns pontos das teses da NPM apareceram em todas as respostas: privatização, descentralização e devolução de funções dos níveis centrais para os subnacionais, adoção de contratos de gestão, instituição de agências reguladoras, além de mudanças na normatização e na gestão de pessoal, na contabilidade e na orçamentação pública. Ressaltam, todavia, os autores a importância determinante de cada contexto:

*“os contextos são tão distintos, e nossos sistemas políticos e administrativos diferem tanto (é provável que as nossas administrações sejam muito mais distintas que nossas empresas privadas, principalmente, em um mundo ‘globalizado’) que qualquer lição muito simples será falsa, porque todas as relações causais estarão ‘superdeterminadas’. Portanto, deveríamos suspeitar de qualquer modelo genérico que traga conselhos com receitas aparentemente fáceis sobre bons governos e boa governança.” (Jann e Reichard, 2002:46)*

Outros autores (Pollitt e Bouckaert, 2002), com o intento de avaliar as reformas da gestão pública a partir de uma perspectiva internacional comparada, apontam

importantes elementos para a reflexão: 1) dificuldade de comparação entre países devido às suas especificidades e, incluindo, o respectivo *path dependence*; 2) problemas nas unidades de significado, como, por exemplo, no que toca às agências executivas que no Reino Unido eram tidas como o ápice do progresso reformista e, na Finlândia, como remanescentes burocráticos ultrapassados; 3) escassez de dados essenciais para as análises; 4) multiplicidade de critérios de avaliação; e, finalmente, 5) o caráter imponderável das mudanças, na relação entre discurso em prol das mudanças, mudanças efetivas e seus resultados.

Estes últimos autores apontam uma variedade de resultados e de paradoxos nesse processo, já que as receitas apontadas não eram seguidas pelos próprios reformadores, como a falta de avaliação dos resultados das reformas, impossibilitando, de modo geral, identificar se houve melhorias no desempenho público com as reformas. Os autores questionam essa situação e assinalam desacreditar que tenha havido um complô perverso para esconder do público a natureza real e desagradável das mudanças, possibilidade que poderia não ser descartada considerando as reverberações da adoção das diretrizes da reestruturação produtiva. A explicação que lhes parece mais aceitável, no entanto, é a de que a NPM pode ser definida como que uma religião, um sistema de crenças baseado na fé, alardeado por missionários e adaptados localmente segundo as percepções dos grupos dominantes de cada país. (Pollitt e Bouckaert, 2002:23)

### **O caso brasileiro**

O economicismo impôs à década de 1980 no Brasil a limitada designação de ‘a década perdida’. Se indicadores econômicos como o crescimento do PIB e as taxas de inflação não se comportaram como o desejável, garrotearam o desenvolvimento do País e deram as bases da severa crise fiscal do Estado. Ao se observar sob outros pontos de vista, como o da ciência política, pode-se perceber com clareza a efervescência daqueles anos finais da ditadura militar. Transformações profundas no País aconteceram naquela década que, sem a menor dúvida, foi embalada pela sensação de vitória dos ideais democráticos que iriam se inscrever na Constituição de 1988.

A cidadania medida por garantias de direitos civis, políticos e sociais, embora ainda precária, deu um enorme salto em relação ao *status quo* vigente sob a ditadura militar (Carvalho, 2004). Sob outro aspecto, também são grandes as transformações que

ocorreram no Estado, tanto no que diz respeito ao seu aparelho em si, quanto ao *modus operandi* das políticas públicas e à divisão de prerrogativas e de responsabilidades no desenho federativo brasileiro.

É verdade que variáveis da economia, como as restrições fiscais e mesmo a crise do modelo do nacional desenvolvimentismo, influenciaram sobremaneira os acontecimentos, as escolhas e os caminhos trilhados. Todavia, sob os auspícios de certa euforia democrática que tomava conta do País é que foram inscritas as novas regras do jogo do Estado brasileiro, com seus três níveis de governo. Os constrangimentos econômicos ganhariam destaque no momento da implementação, pós 1988, como atesta Almeida (MHT):

*“A democratização e a crise fiscal constituem os dois grandes condicionantes da transformação do sistema federativo brasileiro, da qual a redefinição das competências e atribuições na área social constitui apenas um capítulo. Embora contemporâneos, atuaram com importância e pesos diversos no redesenho da Federação brasileira ao longo do processo, ainda em curso. No início da década de 80, os impulsos liberados pelo processo de democratização foram mais importantes que as limitações impostas pelas dificuldades econômicas. Após 1988, os constrangimentos econômicos ganharam destaque”. (Almeida MHT, 1995:16)*

Aqui aparece uma questão chave: sem dúvida a Constituição de 1988 conseguiu ser mais detalhista e extensa do que suas antecessoras numa clara ânsia de assegurar direitos à sociedade que saía de uma ditadura. É imensa a profusão de temas tratados e de amarras constitucionais, traduzidas em mais de 2.000 dispositivos, só justificadas pelo temor dos que foram vítimas da ausência de regras democráticas. É cristalino, do mesmo modo, certo idealismo romântico em muitas das regras inscritas, de eficácia contida ou limitada, que sequer vieram a produzir efeitos. Mesmo as normas constitucionais que tiveram a sorte de serem implementadas, o foram, em muitos casos, de modo a escandalizar o jurista escravo da lei do direito positivo, sob severas restrições fiscais e sob manipulação grosseira pelo processo político. Além, é óbvio, dos inexoráveis aspectos imprevistos quando da formulação de uma norma e do imponderável, que desfiguraram muitas das intenções e teorias originais por trás das regras inscritas.

Dentre todas as transformações profundas e estruturais ocorridas a partir da Constituição de 1988, para a presente tese, por ter como objeto de estudo a implementação do SUS, interessam os temas ligados à descentralização, que foi a tônica

para o redesenho das prerrogativas e das responsabilidades no novo formato federativo, com ênfase no protagonismo municipal.

Tal protagonismo parece ser consenso na literatura, inclusive pela observação do que ocorre nas políticas sociais. Estas, ao contrário das políticas fiscais que tiveram tendência à descentralização e depois à recentralização como comentado em outro momento, experimentaram e continuam experimentando efetivas reestruturações descentralizantes, principalmente, no que diz respeito à execução.

Já no final da década de 1980, os ventos do neoliberalismo e da NPM chegam ao Brasil tanto por meio da literatura, acadêmica ou não, quanto por indução da agenda por parte dos organismos internacionais. Há que se acrescentar que tais ventos foram sobremaneira reforçados a partir das formulações do que se costumou chamar ‘Consenso de Washington’ que trouxe em seu bojo um diagnóstico em relação à situação da América Latina, bem como, receitas para a superação das crises que assolavam a região.

Frise-se que este diagnóstico e estas receitas centravam-se fundamentalmente nas questões econômicas, deixando de lado a história, os contextos sociais e políticos que os países da região estavam atravessando. Contextos esses de fundamental importância para o futuro desses países, já que se esgotava o ciclo das ditaduras militares outrora induzidas e apoiadas por esse mesmo centro de poder chamado Washington.

Assim, abordando questões econômicas diante da crise que então se abatia sobre os países da América Latina, o diagnóstico do Consenso de Washington apontou basicamente dois fatores como sendo as causas de tal crise: a) excessivo crescimento do Estado com o protecionismo baseado na substituição de importações, o excesso de regulação e de empresas estatais ineficientes; e b) populismo econômico e incapacidade de controlar o déficit público. Se as causas eram essas, as soluções apontavam para a diminuição drástica do Estado e para a estabilização da economia mediante ajustes fiscais e medidas ortodoxas voltadas ao mercado, à desregulamentação e à abertura comercial (Pereira, 1992).

No caso do Brasil, a literatura dominante era fortemente influenciada por Bresser que também estava preocupado fundamentalmente com a economia e,

aproveitando várias teses comuns ao neoliberalismo e ao Consenso de Washington, acrescentou ao diagnóstico uma abordagem a partir da crise fiscal e do esgotamento do modelo do nacional desenvolvimentismo. A crise fiscal, inclusive pela diminuição drástica dos créditos internacionais, tirava a capacidade de investir do Estado e, pois, de estimular o desenvolvimento. Essa capacidade deveria ser recuperada por meio de um rigoroso ajuste fiscal, com redução de despesas públicas e de combate frontal à (hiper)inflação. Já o modelo nacional desenvolvimentista, baseado essencialmente na substituição de importações, ou seja, voltado para dentro, deveria ser superado por um modelo orientado para fora, para a preparação dos mercados internos para a competição internacional.

Um dos textos de Bresser mais completos nesse sentido é “Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil – Para uma nova interpretação da América Latina”, que foi publicado originalmente em inglês nos Estados Unidos e no Reino Unido (Pereira, 1996). Fica patente que os diagnósticos apontam para uma crise, antes de tudo, do Estado, bem como, para o caráter internacional da agenda, não sendo, pois, exclusivamente brasileira. Adotava-se, então, a premissa das falhas de Estado (Przeworski, 1998)

Outro elemento a se destacar é o fato de as propostas serem implementadas de forma descontínua e fragmentada considerando, inclusive, a transição para a democracia no Brasil. Foram lançados planos e programas de estabilização de várias ordens: o governo Sarney com o Plano Cruzado; Collor, com o confisco; e Itamar com a URV (unidade real de valor) que abriu caminho para a instituição do Real e para a ascensão de Fernando Henrique à Presidência da República, em de 1995. A partir desse momento, é que as propostas de reforma ganham ímpeto e continuidade com os dois mandatos de Fernando Henrique e com a instituição do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), cujo ministro foi Bresser, cabendo lembrar que o mesmo já houvera sido Ministro no Governo Itamar, só que da Fazenda, e também já tinha tentado um plano de estabilização econômica.

As reformas propostas envolviam a ordem econômica, a tributária (substituída pelo ajuste fiscal), a previdência social e a administração pública propriamente. A síntese do diagnóstico e das propostas da reforma do Estado brasileiro encontra-se num documento denominado “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado” (PDRAE),

elaborado, em 1995, pelo então MARE, aprovado pela Câmara da Reforma do Estado e pelo Presidente da República. Nesse texto, o aparelho do Estado é visto sob dois enfoques: um definido como sendo as ‘formas de administração’ e o outro como as ‘formas de propriedade’. Dentre as primeiras, aparece a teoria, até simplista, segundo a qual as formas de administração passaram por uma fase patrimonialista, sendo à época burocrática, precisando avançar para padrões gerenciais.

Já sob o segundo enfoque, no âmbito do PDRAE, divide-se o Estado em quatro setores a serem enquadrados idealmente em três distintas ‘formas de propriedade’: a estatal, a pública não estatal e a privada, sendo que a segunda correspondeu à criação de ‘organizações sociais’, uma formulação que caiu numa espécie de modismo, apontando o ‘terceiro setor’ para a prestação de serviços públicos ‘não estatais’. Uma lógica clara de redução das responsabilidades do Estado, inclusive para com a prestação de serviços de saúde, de educação e de previdência que deixam de ser considerados funções essenciais do Estado.

Os ‘setores’, nos quais o aparelho de Estado é dividido, são os seguintes: a) o Núcleo Estratégico, englobando o Legislativo, o Judiciário, a Presidência da República, a cúpula dos ministérios e o Ministério Público; b) o Setor de Atividades Exclusivas, englobando os ‘serviços que só o Estado’ pode realizar como regulamentação, fiscalização, fomento, segurança pública, para os quais a orientação era a criação de autarquias com o nome de agências reguladoras; c) o Setor de Serviços não Exclusivos que abrange as áreas da educação, saúde, pesquisa, museus, previdência etc; e c) o Setor de Produção para o Mercado composto basicamente por empresas estatais (Presidência da República, 1995).

Procedendo-se ao cruzamento das formas de administração com as de propriedade, segundo os quatro setores apontados, chega-se à síntese da estratégia desejada pelos reformadores:

### Estratégia de Reforma do Aparelho de Estado

Setor do Estado	Forma de Propriedade			Forma de Administração		Instituições Estratégicas
	Estatal	Pública não estatal	Privada	Burocrática	Gerencial	
<b>Núcleo Estratégico</b>	X			X	X	Carreiras e Concursos
<b>Atividades Exclusivas</b>	X				X	Agências Executivas
<b>Serviços Não Exclusivos</b>	Publicização →	X			X	Organizações Sociais
<b>Produção para o Mercado</b>	Privatização →		X		X	Empresa Privada

Fonte: Pereira, 1996:284

Com base nessa síntese, os então dirigentes do Estado iniciaram a sua reforma. Evidente que essas reformas tiveram implicações constitucionais, sendo que foram elaboradas Propostas de Emendas Constitucionais (PECs) para dar conta do intento, além de uma série de desregulações infraconstitucionais, feitas basicamente por Medidas Provisórias (Brasil - Presidência da República 1995:60/61). Como se pode observar no Quadro acima, elementos da administração burocrática são preservados, até por não ser o desejo (ao menos manifesto) a privatização ou a publicização do que se definiu como Núcleo Estratégico do Estado. Observe-se, ainda, que agências executivas, organizações sociais, e empresas privadas ganham destaque, como ocorreu no restante do mundo capitalista sob a 'fé' na NPM. Além das propostas contidas no Quadro, outra geração de reformas são as ditas institucionais que incluem o sistema político partidário e a reforma do Judiciário.

Não obstante o amplo escopo das reformas apontadas como necessárias, incluindo as ditas institucionais, interessa ao presente trabalho as discussões em torno da chamada reforma administrativa. Adota-se, de plano, que as propostas voltadas à privatização e à adoção das diretrizes da reestruturação produtiva avançaram e impuseram-se. As teses da Reforma Administrativa foram levadas no calor dos debates;

já as transformações advindas da reestruturação produtiva caminham na surdina do dia-a-dia, da vida cotidiana, no agir do Estado.

Em agosto de 1997, grande parte das pretensões governista para com a reforma administrativa já havia sido atingida: a) desvinculando as datas e os índices de reajustes dos servidores civis aos dos militares; b) extinguindo a isonomia; c) mantendo a irredutibilidade salarial apenas no vencimento básico; d) quebrando a estabilidade e possibilitando a demissão de servidores por excesso de gastos na seguinte ordem: 20% dos cargos em comissão, servidores não-estáveis e por último os estáveis; e) acabando com a disponibilidade com remuneração integral (passa a ser proporcional); f) remetendo a regulamentação da greve no serviço público para a lei ordinária; g) introduzindo o contrato de gestão; h) flexibilizando as licitações para empresas públicas e estatais. O governo, nessa mesma época, cedeu na negociação: a) na manutenção do concurso público (propunha a adoção do ‘processo seletivo simplificado’); b) no reajuste anual, por muitos anos não cumprido; c) na demissão por insuficiência de desempenho, ao aceitar lei complementar e ampla defesa; d) na estabilidade para carreiras exclusivas de Estado; e) na criação da escola de governo. Em contrapartida, o governo foi derrotado: a) no subteto de remuneração; b) na paridade entre ativos e inativos; c) no contrato de emprego (DIAP, 1997).

Nesse momento, já se renunciavam limitações e efeitos adversos nas medidas adotadas:

*“Além de, como apontam estudos recentes, as mudanças implementadas na Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia nos últimos dez anos, não terem ainda provado sua superioridade sobre outras alternativas, ou mesmo sua capacidade de oferecer resultados concretos, resta o fato de países como o Brasil não atenderem a um pressuposto básico para essa espécie de reforma: a existência de um corpo de funcionários profissionalizados, capaz de atenuar a tendência de que a ampliação da discricionariedade gerencial se converta em arbítrio, corrupção e clientelismo em proporções ainda maiores do que as já existentes” (Santos, 1997, p.3).*

Em verdade, para além da dificuldade de controle e das falhas sequenciais na implementação (Rezende, 2002), as reverberações de todo esse processo no caso estudado na presente pesquisa podem ser captadas da seguinte forma:

- a) corte de mão-de-obra nos três níveis de governo e impossibilidade de contratação e de ampliação dos quadros, com danos consideráveis para as estruturas burocráticas e, pois, para a prestação dos serviços públicos de saúde;
- b) uso clientelista e patrimonialista de instrumentos ditos gerencias, como em convênios com fundações e com entidades do setor público não estatal ou mesmo na contratação de consultores e de expertos;
- c) precarização e fragmentação generalizada das relações de trabalho e com fornecedores privados, além do insucesso relativo no *empowerment of public regulation*;
- d) ausência de controle de resultados em função de metas preestabelecidas, dada a precariedade e ausência de cultura de planejamento e avaliação;
- e) não verificação de melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços públicos em função das medidas adotadas. Ao contrário, no caso concreto, os ganhos que ocorreram o foram em função da burocratização, do estabelecimento de padrões, de protocolos etc, em sentido oposto ao mantra da flexibilização.

### **Federalismo: centralização e descentralização, competição e cooperação**

O federalismo é um conceito que freqüentemente aparece associado a uma forma de organização, um tipo determinado de estado nacional ou de estados federais que têm a característica comum de possuir mais de um nível de governo num mesmo território. Assim, as análises correntes tratam quase sempre de estudar a forma como estão instituídas as regras do jogo e como este se dá na prática, principalmente, no que diz respeito à divisão das riquezas e do poder político entre unidades ou comunidades federadas.

Todavia, simples consulta ao Dicionário de Política (Bobbio *et al*, 2003, verbete ‘Federalismo’) permite que se situe o federalismo, como uma ideologia, ‘uma visão global da sociedade’. Tal consulta também faz lembrar que os ideais federalistas tiveram Kant como o seu precursor para defender a idéia de uma sociedade de nações

baseada em direitos, em consonância com a etimologia latina do conceito ‘federalismo’ que está ligada à idéia de ‘pacto’.

O federalismo em sua origem, assim, aparece como uma fórmula orientada à paz, com base na tolerância, na prevalência do direito e da preservação recíproca dos povos, com correções de iniquidades, sempre por meio de pactos. É nesse sentido que, para além de um conjunto de idéias relacionadas às formas de organização dos estados federais, o federalismo aparece como uma ideologia, direcionada a apresentar a melhor forma de organização e de operacionalização das relações entre os povos no plano global, no mesmo nível em que procuram fazer ideologias como o liberalismo e o socialismo.

Uma das regras básicas do federalismo é a aceitação da dispersão do poder em diversos centros e a co-existência de soberanias limitadas, pela Lei, e de competências específicas dentro de um mesmo território. Duas clivagens podem ser feitas quando se observam os diversos ‘federalismos’ existentes:

a) situações onde o objetivo é preservar a todos em meio às diversidades que, isoladas ou de modo combinado, podem ser de ordem étnica, cultural, econômica e/ou política. Nesse caso são comunidades que resolvem, por motivos diversos, constituir um ente maior, uma federação, para fazer valer direitos e obter garantias. Essa relação pode estar posta tanto no plano de um só país, como os Estados Unidos da América, como no plano internacional, entre países, como no caso da Comunidade Européia; trata-se de uma construção negociada de ‘baixo para cima’, no que seria para Fiori (1995) a versão do federalismo progressivo ou construtivo. São partes autônomas que buscam a união e para isso cedem parte de sua soberania. Trata-se de um movimento orientado à centralização, já que as unidades concordam em ceder parte de sua autonomia para um ente maior. Esta clivagem acaba, aliás, por demonstrar que são possíveis e/ou necessários aperfeiçoamentos contínuos nos arranjos federativos, ainda que instituídos pela clivagem a seguir.

b) Casos onde o reconhecimento da dispersão do poder se dá para preservar a unidade de um território ante a possibilidade de fragmentação em decorrência de interesses regionais e/ou locais específicos e concorrentes. São os casos de federalismo defensivo ou perverso (Fiori, 1995). Um movimento de descentralização do poder, uma vez que resulta de um estado unitário sob o risco de fragmentação. Caso típico demonstrado pela *débâcle* da União Soviética e pela construção da atual Federação

Russa. Da mesma forma, pode ser entendida a instauração do federalismo no Brasil com a República, após inúmeras revoltas e possibilidades de fragmentação do território no período do Brasil Império.

Nas duas clivagens de federalismo, progressivo ou defensivo, impõe-se a aceitação das regras do jogo. Difícil pensar em termos federativos um estado como o da Rússia que para se manter tem de recorrer à violência, à guerra. É a antípoda do ideal federalista kantiano, da federação tida como a busca do bem comum por meio do 'pacto'. Tais regras do jogo trazem como elemento básico o reconhecimento de (ao menos) dois níveis de governo detentores de autonomia, sendo um necessariamente central.

É de se esperar, pois, que para a operacionalização do estado federativo exista sempre um *mix* determinado de centralização e de descentralização dos poderes, das prerrogativas, das competências e das atribuições no exercício do poder público, na relação com a sociedade. Seria um erro tratar em oposição ou em exclusão a centralização e a descentralização do poder no âmbito dos estados federativos. Muito ao contrário, sempre haverá algum nível, algum aspecto centralizado em arranjos descentralizados e vice-versa, tendendo sempre a um equilíbrio passível de mudanças e variações. O tipo de política pública – saúde, educação, segurança, infra-estrutura, etc - muito influi na composição desse *mix* centralização-descentralização, já que cada política constituirá uma determinada divisão de papéis entre o nível central e os demais níveis de governo, mas a tendência observada é que todos os níveis de governo tenham atribuições comuns, concorrentes e complementares em um conjunto cada vez maior de áreas.

Há que se observar, sob outro aspecto, que disputas políticas e ideológicas são inerentes às relações intergovernamentais e que disputas econômicas ou pelo desenvolvimento econômico estão presentes nas relações entre territórios, como estados federados. Se os ideais do federalismo apontam para a cooperação, não há como deixar de considerar os elementos políticos, ideológicos e econômicos que trazem inexoravelmente a competição. Assim, é forçoso reconhecer, para além do *mix* centralização/descentralização, que haverá sempre um *trade-off* entre cooperação e competição como elemento constitutivo dos estados federais (Almeida, MHT, 1995).

A esses elementos deve ser acrescentada uma outra assertiva de Fiori (1995):

*Uma quarta conclusão admitida pelas experiências mais modernas e democráticas do federalismo é que a identidade nacional que foi capaz de manter juntas e solidárias as partes constitutivas de quase todas as federações conhecidas, teve que incorporar no seu conceito o princípio fundamental da ‘equidade’ como um valor válido para a relação entre os indivíduos como entre as várias regiões federadas. (Fiori, 1995:11).*

Para a manutenção e a operacionalização do federalismo são imprescindíveis motivos para que as unidades federadas continuem unidas a arranjos políticos baseados nos ideais que o sustentam. Tais arranjos, que por serem históricos são dinâmicos, representam a forma adotada para a divisão dos poderes e para as relações intergovernamentais sempre formando um *mix* de centralização e de descentralização para a implementação das políticas públicas. Esses arranjos, que em seu conjunto são o próprio pacto federativo, regulam as interfaces e relações entre os níveis de governo e demonstram a potencialidade de aperfeiçoamentos ‘progressivos’ no federalismo por meio da correção ou atualização permanente dos arranjos específicos para cada uma das áreas das políticas públicas.

Acir (1981 e 1986, *apud* Almeida MHT, 1995), estudando a realidade dos Estados Unidos da América aponta três tipos de arranjos federativos: o dual, o centralizado e o cooperativo. O primeiro, uma separação estanque entre as soberanias de estados e da União, cada qual atuando naquilo que lhe é próprio. Esse arranjo evolui para os dois outros tipos, que podem conviver concomitantemente em áreas distintas das políticas públicas. O arranjo centralizado *implica a transformação dos governos estaduais e locais em agentes administrativos do Governo Federal* (Almeida MHT, 1995:15). Já o padrão cooperativo caracteriza-se por ações conjuntas e coordenadas entre os níveis de governo, o que implica significativa autonomia decisória e econômica para as unidades subnacionais.

Almeida (MHT, 1995) reconhece, no entanto, que a ‘espinha dorsal’ do sistema sob qualquer arranjo é a questão fiscal. Ou seja, a maneira como são gerados e distribuídos os recursos fiscais e parafiscais entre os níveis de governo. Em verdade, esse é mesmo o nó górdio do federalismo, pois traz consigo o *trade-off*

competição/cooperação entre os entes federativos em torno dos recursos gerados e/ou apropriado pelo Estado na forma de impostos.

### **O federalismo no Brasil: um arranjo centrado na União**

A experiência federalista brasileira pode ser sumariamente caracterizada por sua origem em um estado unitário que, aos poucos, foi passando por processos de descentralização - com refluxos, é verdade - até chegar ao ápice com a Constituição de 1988. Se por um lado foi frutífera a busca da manutenção do território por meio da descentralização propiciada pelo federalismo instituído com a República, por outro a história de centralização no Brasil tornou-se o mote das lutas democratizantes que, todavia, ainda não tiveram o condão de eliminar o grande peso e preponderância do nível federal.

No caso brasileiro a conformação de núcleos esparsos de poder foi a própria estratégia de manutenção da Colônia pela Metrópole por meio da divisão do Território em capitanias hereditárias. Muito diferente, pois, da história clássica das treze colônias estadunidenses que, pelo medo Hobbesiano, decidiram criar a federação.

Freyre (1996) mostra como, no período inicial da colonização - a partir de 1532, a ocupação do Território se deu muito mais pelas forças da iniciativa privada, por delegação pública, do que por ação direta por parte do Estado português, o que foi o germe da formação de elites locais, com as quais o Reino tinha que negociar.

Cabe frisar que sem incorporar vários elementos do desenvolvimento político-institucional propiciado pelo Renascimento, a divisão do Brasil em capitanias foi como a constituição de feudos, inclusive dotados de forças militares, sendo sua administração também por meio de padrões feudais. Da leitura de Freyre (1996) também é possível depreender como, desde o início, a colonização primou pela constituição de uma sociedade híbrida, ‘despreocupada da pureza da raça’, sendo que *os portugueses não trazem para o Brasil nem separatismos políticos, como os espanhóis para o seu domínio americano, nem divergências religiosas, como os ingleses e franceses para a as suas colônias.* (p.28).

Freyre (1996) considera ainda que as condições físicas do Brasil foram favoráveis à integração, pois não impõem acidentes geográficos como a Cordilheira da América espanhola. No mesmo sentido, o catolicismo: no início do desbravamento e da

ocupação da colônia, a condição única para um estrangeiro ser aceito no Brasil era a de professar o cristianismo católico. Por meio dos jesuítas, a igreja católica contribuiu para um sistema uniforme de educação e de padrões morais, além ajudar a sedimentar o idioma português em todo Brasil.

Se, por um lado, esses elementos contribuem para entender a manutenção da unidade territorial do País, por outro, a divisão que originou capitânias, das quais surgiram as províncias e depois os estados, é importante elemento explicativo do fato de parte do poder sempre ter sido dispersa no Brasil, desde o período colonial. Esses elementos integradores do território, como a ausência de separatismos e de disputas étnicas e religiosas, sua condição física favorável, o catolicismo e a padronização do idioma, aliados à dispersão do poder, sob um mando central, por meio da formação de elites locais desde a divisão do território em capitânias, dão as bases para os arranjos federativos no Brasil.

A fase imperial do Brasil não contribuiu muito ao fortalecimento dos ideais federalistas já que o Império impõe a noção de um governo central quase que absoluto, ainda que com um nível de negociação com as elites locais. A Confederação do Equador, logo em 1825, foi um claro sinal de possibilidade de fragmentação territorial logo em seguida à Independência (Sodré, 1978:176-184). No mesmo sentido, várias outras revoltas demonstravam nitidamente a existência de poderes locais constituídos. Algumas, como a dos Cabanos, chegaram mesmo a proclamar a independência do território e a configuração de outro país, demonstrando reais possibilidades de fragmentação do território.

O federalismo como uma ideologia voltada à paz, à tolerância, à superação de conflitos, à repartição do poder, carrega consigo a imaneente idéia de busca de igualdade de direitos; igualdade dos cidadãos perante a Lei. Essa idéia é mais coerente com a forma republicana de regime (Bobbio *et al*, 2003), já que na monarquia a noção de igualdade de direitos é ofuscada pela realeza hereditária e pela nobreza. É forçoso reconhecer que a Proclamação da República no Brasil foi ao encontro dos princípios federalistas, diferentemente do que ocorreu durante o Império, bem como, nos processos da fragmentada América espanhola.

No caso brasileiro, as províncias que deram origem aos estados, centros de poder constituídos, pressionaram a União por mais poderes e esta se viu obrigada a ceder. Assim, os ideais e os arranjos federativos se puseram a serviço de evitar a dispersão das

comunidades e a fragmentação do território, ameaças intensamente enfrentadas até a República. Essa é uma das marcas da federação brasileira: constituída a partir da dispersão do poder que se iniciou com o estabelecimento das capitanias e se consolidou com a instituição dos estados na Proclamação da República.

O poder central cedeu parte de seus poderes aos entes subnacionais, mas manteve a integridade do território sob sua soberania e boa parte dos poderes econômicos e políticos. Diferente do caso dos Estados Unidos da América, onde a União, criação das partes, foi aos poucos galgando poderes e prerrogativas, no Brasil, o nível central, criador das partes, foi-lhes aos poucos cedendo poderes e prerrogativas. Compondo e recompondo assim o *mix* centralização/descentralização.

Um aspecto, todavia, é certo: no Brasil, o exercício do poder e a implantação de políticas públicas sempre dependeram sobremaneira da União, sendo marcante a centralização do poder decisório e dos recursos financeiros. Assim o é pelas próprias peculiaridades da formação da República, momento no qual movimentos do *federalismo puro* protagonizaram as cenas finais do Império. Destaque-se a conquista da descentralização de parcelas dos poderes políticos e administrativos para as instâncias subnacionais, medidas inicialmente negadas pelo poder central pelo temor da *confusão do caos, o desmantelamento da ordem pública e a dissolução social* (Faoro, 1976:461/2).

O advento da República trouxe um modelo de federalismo que tentou *americanizar a monarquia, isto é, republicanizá-la (...)* e provou que *centralização política e regime federal são adaptáveis entre si*, principalmente, se se mantiver a centralização econômica e financeira (Faoro, 1976:465). Aí foi engendrada a ‘política dos governadores’, que duraria até a ascensão de Vargas ao poder. Ainda assim, manteve-se forte e centralizadora a União, até mesmo considerando os curtos períodos e ‘espasmos’ democráticos na vida política do Brasil. Tal qual a Proclamação da República, não houve movimentos políticos de massa e muito menos disputas bélicas pela imposição dos ideais federalistas. As disputas nesse campo sempre foram resolvidas por acordos entre as elites dirigentes do País. Assim, a forma federativa que adota a República para organizar o País é muito mais fruto de pactos para atender às conveniências e aos interesses específicos e locais.

Os municípios no Brasil, que tanto dão peculiaridade ao federalismo brasileiro, foram criados, quase que paradoxalmente, pelos interesses do governo central desde a

época da colonização brasileira. Ocorre que nos primeiros tempos da colonização, o tempo das sesmarias, antes, pois das capitânicas, a instituição de vilas foi uma estratégia da Metrópole para demonstrar sua presença em todo o território. Até para competir com os governos das regiões - sesmarias e depois capitânicas – e não lhes deixar por demais autônomos, nas localidades mais populosas foram criadas as vilas.

Nessa instância foram instaladas câmaras dirigentes e decisórias – mais tarde câmaras municipais – que tinham a obrigação fundamental de recolher tributos. Ao lado dessa instância com funções políticas e administrativas, aparecia inexoravelmente um pelourinho para trazer permanentemente à lembrança a existência do poder central. A instalação do pelourinho era tão importante que, não raro, a própria população o instalava para aumentar o poder da reivindicação da instituição de uma vila em determinada localidade. (Faoro, 1976 : 146-152).

Deve ser considerado o fato de a centralização ser uma tendência ao longo de todo o século XX. Quer seja nos regimes socialistas, sociais democratas ou liberais várias funções importantes e estratégicas foram parar no rol de competências, de interesse ou de participação direta do nível central dos estados, mesmo os não organizados sob arranjos federativos. No caso brasileiro, deve ser acrescentado o protagonismo da União para promover o desenvolvimento econômico do País. No Brasil e em vários outros países a tendência à centralização não chegou ao seu ponto de inflexão sem antes passar por ditaduras militares, não muito afeitas a tolerar diferenças e a dividir poderes.

Uma observação perfunctória acerca do período militar no Brasil, mostra o que de sobejo é apresentado na literatura: quase todas as áreas das políticas públicas passaram ou foram organizadas na esfera da União, além da atuação desta na supressão de direitos individuais e coletivos e da manipulação central dos arranjos federativos. É de se esperar que em momentos tendentes à centralização as teses federalistas sejam ofuscadas pela cortina de fumaça criada pela ação do nível central. Pior ainda quando em períodos de ditaduras. Assim, também parece normal os ideais federalistas aparecem novamente na luta contra a ditadura militar. Tal qual nos movimentos do federalismo puro do início da República, as bandeiras de luta dos movimentos pela democratização e/ou os contra a ditadura tinham como mote um desenho federativo descentralizado.

Já no final da ditadura militar o Brasil viveu um contexto histórico de federalismo defensivo (Fiori, 1995), no qual a integridade do território não chegou a ser

ameaçada. Todavia, eram grandes as forças políticas dos governos estaduais, eleitos pelo voto direto em 1982 e 1986, chegando a serem tratados como os ‘barões da República’ (Abrucio, 1994), considerando sua grande influência. Os governadores aliados aos movimentos municipalistas impuseram à Constituição de 1988 um federalismo generoso para com a dispersão do poder político, tributário e de execução de inúmeras políticas públicas.

Observando de uma perspectiva histórica, é possível afirmar que as relações federativas brasileiras, a partir da Constituição de 1988, passaram a experimentar formas nunca antes vividas tamanha a dispersão e a descentralização dos poderes e das competências. Esse fenômeno se revela sob o ineditismo histórico dos arranjos federativos brasileiros que tiveram que ser consideravelmente modificados para que estados e municípios assumissem as prerrogativas e atribuições conquistadas.

A vitória das teses voltadas à descentralização na Constituição de 1988, com o apego ao federalismo como bandeira de luta, trouxe de volta o interesse e a forte necessidade de estudos e de formulações de arranjos para a implementação das novas relações federativas estabelecidas no País. A importância do federalismo também ganha destaque frente às discussões em torno da formação dos blocos internacionais, como a Comunidade Européia e o Mercosul. Assim, está aberto um grande espaço para a ‘criatividade’ institucional.

Para os propósitos do presente trabalho serão tomados os arranjos, expressos na e formulados a partir da Constituição de 1988, para a implantação da divisão das prerrogativas e das responsabilidades entre os entes federativos, frente às novas regras constitucionais. O objetivo é percorrer trajetórias que permitam encontrar elementos para explicar a situação atual do federalismo brasileiro, dezessete anos após a sua instituição constitucional. Como há que se perceber a questão central está no *mix* centralização/descentralização adotado para a operacionalização das regras do jogo, *mix* que, não raro, oscila rapidamente, como ocorreu à questão fiscal: uma expressiva descentralização seguida de rápida rescentralização.

### **O federalismo brasileiro a partir de 1988**

Revisando a bibliografia sobre o tema do federalismo brasileiro a partir da Constituição de 1988, é possível perceber algumas questões frequentemente tratadas,

isolada e/ou conjuntamente. É sempre na busca da explicitação de pontos fortes, de problemas e de desafios que é conduzida a abordagem. Lança-se mão aqui dessa estratégia para pensar as seguintes questões:

#### **a. O município como ente federativo**

Verifica-se uma abundância de estudos sobre o poder local, principalmente, sobre a implementação de políticas públicas, considerando os processos de descentralização. Tem sido lugar comum a afirmação de que o federalismo brasileiro é *sui generis*, por ter três entes federativos e, por isso, estaria fadado, como um carma, a pagar um preço por isso, sem muitas vezes considerar elementos facilitadores para a operacionalização das políticas públicas.

Preço econômico, já que boa parte dos municípios não é, de fato, autônoma, pois depende de recursos estaduais e federais para a existência. Preço sociais, considerando que boa parte das municipalidades não consegue oferecer as condições ao desenvolvimento social. Preço político, uma vez que se acrescenta um ator nas relações intergovernamentais, que passam a ser tripartites.

O questionamento central que aqui se faz, dados, os propósitos desta tese, não está na existência ou não dos municípios como entes federativos. A questão é pensar em que medida a criação desordenada de municípios contribui para o fortalecimento do federalismo e para o desenvolvimento econômico e social do País, e principalmente, explicitar a fragilidade de que muitos municípios sofrem e que impõe sérios óbices à implementação das políticas públicas, em geral, e as de saúde, em particular.

Dada a especificidade do formato federalista brasileira que concede aos municípios a condição de ente federativo, tem sido comum encontrar estudos sobre o poder local que destacam a observação de processo de implementação de políticas públicas, considerando os processos de descentralização observados a partir da Constituição de 1988. Principalmente, na área da saúde (Scilelo & Lilacs), são em geral de estudos de caso.

#### **b. O poder dos governadores e dos estados**

Abrucio (1994) no texto já clássico ‘Os Barões da República’ analisa os governadores eleitos em 82 e 86 como atores chave no processo de democratização e, pois, na confecção da nova Constituição extremamente generosa para com os estados, não sendo em vão que tributos como o ICMS e o IPVA tenham ficado sob competência

estadual. Dez anos depois, o mesmo Abrucio (2004), aponta como, em sua opinião, os governadores perdem paulatinamente espaço e força política, com os estados se endividando e enveredando por disputas predatórias, pouco cooperativas, como na chamada ‘guerra fiscal’. Esses fenômenos também estão a caracterizar o federalismo brasileiro.

### **c. O poder da União**

A descentralização verificada após 1988, como não podia deixar de ser, não eliminou elementos estruturais da centralização. Exemplo básico é a ascendência da legislação federal sobre todas as demais, como expresso no § 4º, do artigo 24, da Constituição, que trata das competências concorrentes da União, dos estados e Distrito Federal. No mesmo sentido, inexistente apreciação pelas assembleias legislativas das mudanças constitucionais, o que revela que as decisões das instituições centrais são de cumprimento incontestado.

Sob outro aspecto, é consenso na literatura que a questão fiscal, mesmo tendo apresentado descentralização no início dos 1990, voltou a ser centralizada mediante as contribuições sociais, impostos disfarçados que não exigem o cumprimento do princípio da anuidade, nem estão sujeitos à divisão com estados e municípios.

### **d. Descentralização ‘controlada’ das políticas sociais**

Mesmo havendo rescentralização fiscal, a descentralização da execução de inúmeras políticas públicas teve curso. Todavia, é comum a crítica às condicionalidades impostas pelo nível central para a adesão aos programas ou às ações de descentralização. Os estados ficaram sem papel e os municípios dependentes da União. Na área da saúde, por exemplo, é comum a expressão ‘descentralização autárquica’ (Mendes, 2001) para se referir a um processo no qual a União descentraliza a execução, mas que ainda assim deve se dar de acordo com suas definições, já que controla a maior parte dos recursos orçamentários. Estados e municípios, em boa medida, teriam assim limitada a sua autonomia e se transformado em *longa manus* do nível central, pois cumprem o que este determina. Trata-se do que Walt (1994:159) chama de *budgetary control*.

### **e. Relações intergovernamentais**

Considerando o formato do federalismo brasileiro a partir da Constituição de 1988, bem como, os desdobramentos e acontecimentos posteriores, fortemente

marcados por crises econômicas e restrições fiscais, as relações que se estabelecem entre os entes federativos podem ser resumidas, tomando a perspectiva da ação dos respectivos entes. Tais relações, composta pelo *mix* advindo das relações de cooperação e de competição, têm o condão de servirem de controle mútuo entre os entes. São os *check and balances* do jogo político federativo.

Além disso, as relações intergovernamentais revelam os interesses específicos de cada ente para com o outro que podem ser de diversas ordens. Em geral, visam à indução e ao apoio para a implementação de determinadas políticas, a União agindo em relação a estados e a municípios e os estados agindo em relação a seus municípios.

Todavia, da perspectiva de estados e de municípios agindo em relação à União, sempre se observa o interesse pela captação de recursos, a apresentação de reivindicações e de pleitos, além da predação deliberada, como no caso de transferências de dívidas e de má utilização de recursos disponibilizados, além do não cumprimento de pactos e acordos e de uma declarada guerra fiscal. Já as relações que se estabelecem entre estados ou as mantidas entre municípios, de um mesmo estado ou não, têm revelado uma tendência acirrada à disputa fiscal, à predação e à transferência de externalidades negativas sem qualquer acerto prévio. Não obstante o propalado sucesso de muitas iniciativas como os consórcios, o que se vê, na ausência de elementos indutores à cooperação, é o incentivo à predação irresponsável e pouco sancionada.

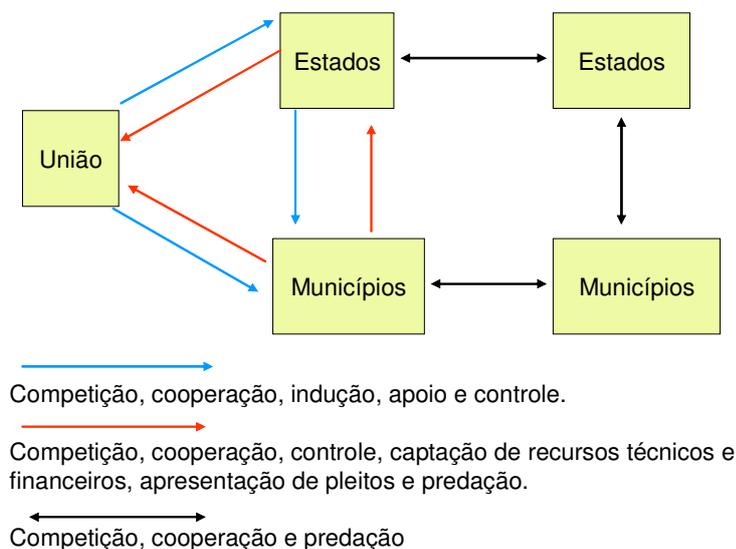
As relações intergovernamentais brasileiras pós 1988 podem, pois, ser resumidas da seguinte forma:

- a) da União para os estados e os municípios, e dos estados para os seus municípios: competição, cooperação, indução, apoio e controle;
- b) dos estados e municípios para a União, e dos municípios para os estados nos quais se situam: competição, cooperação, controle, captação de recursos técnicos e financeiros, apresentação de pleitos e predação;
- c) entre os estados, entre os municípios e entre municípios e estados diferentes do qual se situa: competição, cooperação e predação.

Como se pode perceber são relações dotadas de direcionalidade e de objetivos diversos que podem ser apresentados no fluxograma a seguir:

### Fluxos do Federalismo Brasileiro Pós 1988

Elaboração própria



### f. Desigualdades e disparidades da e na federação

No momento da independência do Brasil, a preponderância econômica e demográfica pertencia ao Norte e ao Nordeste, e não ao centro-sul do País. As *províncias mais populosas em ordem decrescente eram: Pará, Maranhão, Ceará, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul.* (Sodré, 1978:176) A mudança do centro econômico e demográfico não foi acompanhada pela manutenção do nível de desenvolvimento no Norte e do Nordeste, regiões que passaram ao ostracismo. Esse fenômeno demonstra a falta de estratégia global de desenvolvimento com ênfase no combate às iniquidades.

Os ciclos da borracha no Norte e da cana no Nordeste exauriram sem um substituto, sem um próximo passo para essas regiões, sendo que a acumulação propiciada não foi (re)investida em estratégias de diversificação da economia local ou outras que garantissem a continuidade do desenvolvimento econômico. Desde então, o nível central tem atuado aquém das necessidades para reduzir disparidades. Tentativas recentes por meio de agências como a SUDAM e SUDENE não lograram o intento de desenvolvimento dessas regiões.

Como é de interesse particular para o presente estudo, a Região Amazônica ou Amazônia Legal é uma ampla região do Território Nacional com o menor índice de

densidade populacional do País. Excluindo-se algumas áreas economicamente dinâmicas como as capitais Belém e Manaus, além de outras cidades emergentes como Santarém e Macapá, o desenvolvimento econômico nessa região é lento. Isso dá o espaço para a exploração desordenada dos recursos naturais e humanos e para o mau uso dos financeiros, inclusive os públicos.

A desigualdade regional é reconhecida amplamente e serve para os mais variados fins, inclusive, para que essas regiões reivindiquem tratamento diferenciado, como é o caso da saúde. É forçoso reconhecer como infrutíferas as tentativas de redução das disparidades. Todavia, a ausência de medidas por parte das autoridades centrais é ajudada pela apropriação local das instituições, pelas elites locais.

#### **g. Sistema político partidário e eleitoral: desigualdade na representação no Congresso Nacional**

São amplamente majoritárias as assertivas que apontam para a fragilidade do sistema partidário brasileiro. As críticas centram-se na artificialidade de muitos partidos, permitida pela facilidade para criá-los, e na falta de fidelidade partidária, já que a Constituição, no § 1º. do seu artigo 17, remete esse tema aos estatutos partidários.

Sob outro aspecto, se, por um lado, é controverso o debate sobre a obrigatoriedade do voto, por outro, é inquestionável o expressivo aumento do eleitorado brasileiro, o que demonstra uma alta inclusão. Críticas também são comuns em relação à representação desproporcional no Congresso Nacional em favor dos estados menores.

#### **h. Existência de práticas predatórias, interesses particulares, patrimonialismo e corrupção**

O federalismo inscrito na Constituição é necessariamente orientado à cooperação, inclusive, com a sobreposição de competências comuns e concorrentes. É costumeiro na literatura o elogio a um nível determinado de competição entre os entes. Todavia, o que se observa é a ausência de elementos indutores à cooperação e a presença da competição predatória no extremo entre os estados e municípios.

A manutenção de interesses particulares de grupos e famílias, nos planos locais, estaduais e nacionais dá vida ao patrimonialismo e à apropriação privada do Estado, além de ser poderoso elemento indutor da corrupção. Esta jamais pode ser descartada em análises de algumas situações, já que no *policy making* pátrio, em todos os níveis de governo, tem sido comum observarem-se práticas de corrupção de todas as ordens,

inclusive crimes, se sobrepondo aos interesses coletivos por meio da apropriação do aparato institucional.

A literatura, científica ou não, tem mostrado como as acirradas disputas pela transferência de ônus e pela repartição das receitas públicas podem ser danosas ao interesse público. As renúncias fiscais, por um lado, são renúncias em nome de toda a sociedade, pois o são de recursos públicos. Por outro, a fúria arrecadatória, principalmente, de estados e da União, a alta carga e a forte regressividade tributária têm se mostrado mais úteis para financiar as despesas públicas (entre elas as dívidas) do que para retornos satisfatórios à população mediante melhores serviços públicos. Além disso, tem o condão de inibir os investimentos públicos e privados, criando um ciclo vicioso difícil de romper.

#### **i. Permanente expansão da federação em termos de número absoluto de entes**

Na forma como estão definidas as regras do jogo federativo nacional, há um incentivo permanente à criação de novos estados e de novos municípios, que participarão dos fundos constitucionais e com a manutenção de uma estrutura administrativa - institucional, que propicia a ocupação de cargos e os sortilégios do nepotismo *et al.*

Antes das regras atuais que exigem estudos de viabilidade econômica, a criação de municípios deu um salto expressivo. Da mesma forma a criação de novos estados e a transformação de territórios federais em estados, como é o caso estudado neste trabalho, também recebe a acusação de obedecer mais a interesses específicos do que aos das comunidades envolvidas. Em vários aspectos é recomendável que a expansão da federação, em termos de números de entes federativos, tenha limite, seja excepcional e não paulatina, com aumento constante e desordenado do número de tais entes.

#### **j. Pouca clareza na divisão de responsabilidades e das competências – sobreposição e concorrência de ações**

Não obstante a ascendência da legislação federal em relação às demais e o princípio residual, o emaranhado de competências comuns e concorrentes dificulta e tira eficiência de inúmeras áreas da atuação estatal. Mesmo em políticas mais claramente organizadas como as de saúde, a confusão persiste. Trata-se de uma verdadeira teia de competências residuais, comuns e concorrentes entre os entes federativos que dificulta,

inclusive, a responsabilização na Poder Público e o foco em metas sinérgicas entre os três níveis de governo.

### **l. Cidadania precária**

Carvalho (2004) aponta, corretamente, a divisão da população brasileira em três estratos de cidadania: os doutores que são os que se beneficiam das leis; os cidadãos simples para quem as leis são aplicadas em seu rigor pela polícia e por outros agentes da lei que definem quais direitos serão respeitados; e os elementos, do jargão policial, a quem são negados todos os direitos. Essa situação coloca dificuldade para a própria democracia, não obstante os consideráveis avanços em termos de direitos civis, políticos e sociais com o processo de redemocratização que redundou na Constituição ‘cidadã’ de 1988.

### **m. Presidencialismo de coalizão**

Por fim, tem sido comum na literatura observar de forma quase mítica a discussão em torno do que seria um presidencialismo de coalizão. Fenômeno observado nos três níveis de governo. Em função da fragmentação partidária, um presidente, um governador ou um prefeito dificilmente consegue fazer maioria legislativa, vendo-se obrigado a coligar com outros partidos para governar, mesmo os derrotados no pleito. Essa situação obrigaria necessariamente o chefe do Executivo a negociar permanentemente uma coalizão no Parlamento, o que o deixaria numa posição de refém.

Todavia, o que não pode ser desprezado é a ânsia legiferante dos executivos. Em geral, as agendas dos legislativos são dominadas pelos executivos, que querem leis sobre todas as áreas. Isso não raro custa um preço aos executivos que tem sido crescentemente dependente de novas leis e causado acomodação dos legislativos, com incentivos à adoção de práticas de extorsão e de chantagem aos executivos.

Observe-se a situação causada, por exemplo, em torno do instituto da Medida Provisória: ao invés de excepcional, tornou-se rotineira, usada em abundância para todo o tipo de finalidade. Pelas regras atuais, tranca a pauta do Legislativo. Se não for votada em prazo determinado, perde a eficácia, o que tem ocorrido em muitos casos. Um processo totalmente entrópico e nulo em termos da decisão política a ser implementada, porém, extremamente oneroso ao erário.

Pelos padrões observados empiricamente, pode-se concluir que o pagamento de propinas ou de algum outro benefício do chefe do executivo aos parlamentares é prática

corrente nos três níveis de governo e ocorre em duas situações: em votações pontuais, num projeto de grande interesse do executivo; e ou de modo continuado, objetivando a constituição de bancadas majoritárias. Essa situação é a que dá volatilidade às maiorias parlamentares obtidas nos últimos anos pelos chefes dos executivos dos três níveis de governo.

É dupla, pois, a excrescência institucional: o executivo transforma-se em legislador e o legislativo em apreciador das proposições executivas. Nessa condição, acomoda-se na iniciativa de proposição de projetos de lei e passa a negociar com o executivo a aprovação dos seus. Essa negociação é permanente e conjuntural, envolvendo mais interesses particulares que diferenças políticas e ideológicas. Isso dissolve a idéia de coalizão, dá a dimensão da captura do executivo pelo legislativo, que tende a gerar paralisia, impasses, além de práticas heterodoxas de garantia da maioria parlamentar.

Tomando como premissa essas questões levantadas no sentido de entender o federalismo brasileiro é que se enfoca o Estado de Rondônia, para pensar as relações federativas entre os três níveis de governo que se estabeleceram no processo de implementação do SUS. Feitas essas considerações acerca do contexto que dá o pano de fundo ao objeto de estudo desta tese, passo à categoria central da tese, qual seja a implementação de políticas públicas.

## PARTE II – A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E A FORMULAÇÃO DO SUS EM UM PROCESSO DE ACOMODAÇÃO PERVERSA DE INTERESSES

### A análise da implementação de políticas públicas

Ao se pensar o processo de produção das políticas públicas, a implementação tem figurado como um ‘elo perdido’ entre a formulação e a avaliação (Silva, 2000). O pior é tornarem-se comuns e sabidas as ‘vicissitudes’ deste ‘momento’ do processo decisório, como o são a comum ausência dos recursos mínimos necessários e as interferências político-partidárias / eleitorais.

Além de se tratar de um processo contínuo, com inovações constantes e inerentes, a implementação é aqui entendida e analisada numa zona intermediária entre a formulação, ou a decisão política tomada, materializada em lei ou em norma vinculadora, e os resultados da política. Ou seja, analisar a implementação é analisar o ‘como’ a decisão foi materializada, o que explica muitos dos ‘porquês’ dos resultados. Não se trata de fazer separação estanque entre as etapas ou fases de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, como desaconselha Sabatier (1999), mas de observar as especificidades e circunstâncias envolvidas no processo de materialização da decisão política perante a sociedade.

A importância e as especificidades da implementação passaram a ser abordadas com mais ênfase na literatura a partir da década de 1980, sendo importantes estudos como o de Mazmarian e Sabatier (1989) para a consolidação dessa perspectiva. A partir de autores como Sabatier (1993 e 1999), Lindblon (1981), Knoke (1996), Immergut (1992), pode-se acrescentar o ‘aprendizado’- *policy learnig* - como componente importante das políticas públicas, onde ganham destaque atores como os *stakeholders*, ou grupos interessados e ou afetados pela política, e agentes públicos como os *policy brokers*, ou mediadores e solucionadores de conflitos técnicos e políticos no âmbito do *policy making*.

Não obstante diferenças nos enfoques, como no que diz respeito ao papel da burocracia para Lindblon e para Immergut, as abordagens que incluem o aprendizado

reconhecem que a implementação ‘cria’ e constantemente orienta novas políticas, pois mesmo estas em geral têm caráter incremental ao existente. Em relação à burocracia, julga-se inescapável sua análise, pois no processo de implementação é essa que compõe as instituições implementadoras, independentemente, do papel que a mesma desempenhou ou possa ter desempenhado no processo que redundou na decisão política. Tais autores, em verdade, contribuem para a reafirmação na literatura da importância do estudo das instituições. Immergut (1992), por exemplo, destaca corretamente a importância de se atentar para o processo legislativo, tomando em conta a importância que o Poder Legislativo tem no desenho e o funcionamento institucional de cada situação.

Em verdade, o chamado novo institucionalismo, procurando se afastar das premissas das abordagens da escolha racional e romper com os padrões behavioristas que ainda eram fortes na década de 1960, tenta resgatar a abordagem das disputas políticas e ideológicas como sendo mediadas por arranjos institucionais ou instituições. Assim, as instituições podem ser tanto organizações formais, como regras e procedimentos que regulam a conduta humana, o que lhes facilita serem vistas como relações sociais, como destacam Steimo *et al* (1994) em análise sobre o ‘novo’ institucionalismo ou do institucionalismo histórico.

Em relação à implementação, Walt (1994: 154/5) e Labra (2003a: 3-5), com base em Hogwood and Gunn (1984), tentam mostrar o que seria um modelo de ‘implementação perfeita’, desmistificando a possibilidade de que isso ocorra, pois, de modo linear como num *check list* delineiam os requisitos para tanto por meio da construção de uma espécie de ‘tipo ideal’ de implementação que jamais se verificará na prática. A pseudo ‘implementação perfeita’ deve contar com dez requisitos que jamais se verificarão em sua totalidade, mas sempre em algum nível que facilite ou dificulte a implementação:

1) inexistência de fatores externos que cerceiem as iniciativas do agente implementador;

2) disponibilidade de tempo e de recursos suficientes;

3) a combinação dos recursos – humanos, materiais, financeiros, etc – deve estar de fato disponível;

4) a política a ser implementada deve estar baseada em uma teoria de causa - efeito válida;

5) a relação causa – efeito é direta e poucos elos administrativos intervêm no processo;

6) as relações de dependência do implementador devem ser mínimas;

7) deve haver entendimento e acordo sobre os objetivos;

8) as tarefas devem ser especificadas em seqüência correta;

9) existência de perfeita comunicação e coordenação; e

10) quem detém autoridade deve demandar e obter concordância perfeita.

Fica patente, pois, que a implementação ideal é somente uma abstração, sendo também em função disso o fato de a implementação ‘criar’ políticas. A implementação é sempre uma adaptação da decisão política à realidade por nunca contar com todos os requisitos necessários. Aliás, é comum no processo de formulação, que redunde numa decisão a ser implementada, não se considerar as necessidades básicas ou qualquer elemento da realidade onde vai ter lugar a implementação. A adaptação pode modificar – em geral modifica - sobremaneira a decisão original que se implementaria, ‘criando’ continuamente novas políticas. Evidente que essa situação aumenta a discricionariedade das instituições implementadoras.

É no momento da implementação das políticas públicas que o Estado, por meio de suas instituições implementadoras, se materializa ante a sociedade que, a partir de então, sofrerá os efeitos da decisão política resultante do processo de formulação. Daí a importância nevrálgica de considerar as instituições no processo de implementação, principalmente, as responsáveis diretas para tanto. Essa observação deve se focar primeiramente em dois aspectos: suas estruturas e os seus grupos ocupantes.

Para analisar suas estruturas, tento pensar as instituições implementadoras por meio de um construto, apresentado adiante, denominado ‘capacidade de implementação’. Uma abordagem construída visando aferir algum nível da capacidade objetiva daquelas instituições em materializar decisões expressas em políticas públicas a serem implementadas.

Já no que tange aos grupos ocupantes das instituições, bem como, às interações nas arenas institucionais, é de sobejo sabido que o nível e o grau da disputa influem

diretamente no sucesso ou no fracasso de qualquer política. Quanto mais a disputa tender para a beligerância aberta mais dificuldades encontrarão as políticas públicas em todas as etapas, principalmente, a da implementação. E vice-versa, quanto mais existirem canais de interação regulares e instrumentos técnicos que dêem continuidade e estabilidade, quanto mais se reconhecer os interesses comuns a todos – públicos, por exemplo – e quanto mais forem respeitados os pactos e as normas, maior possibilidade de que essas interações e as disputas de projetos sejam sinérgicas ao processo de implementação das políticas públicas.

Considerando as contribuições da literatura e os aspectos até aqui apontados, adoto como pressuposto, no presente trabalho, que a análise do processo de implementação de uma política pública deve considerar:

1 - o contexto histórico, principalmente, os aspectos econômicos, políticos, demográficos e culturais. Evidente que nesse ponto há que se ter em mente os principais elementos do passado que limitam as ações presentes, o que Paul Pierson chama de *past dependence*;

2 - a política a ser implementada, considerando suas especificidades em aspectos como: instrumentos e recursos necessários para a sua operacionalização, tipo de profissionais envolvidos e valor social atribuído à política;

3 - as instituições como estruturas e como atores (Immergut, 1993). Mas também como fruto e mediadoras das relações sociais e como detentoras, em última instância, do monopólio ‘legítimo’ sobre as políticas públicas em todas as suas fases, por meio de regulamentos vinculadores da conduta social. É nas instituições que se tomam as decisões e é por meio delas que tais decisões são implementadas.

4 - as regras, as arenas e os procedimentos do jogo político. No caso estudado, adota-se o conceito de ‘domínio de política’ (Knoke *et al*, 1996) para circunscrever as análises à área de saúde;

5 - a atuação das elites, dos atores, os pontos de veto, os grupos de interesse e as coalizões. (Knoke *et al*, 1996, Immergut, 1993, Sabatier 1993 e 1999, Teodoulou, 1995). Há que se adotar, no entanto, a recomendação de Knoke e focar apenas nos atores e grupos mais relevantes ou nos de pico (Sabatier), somente considerando o *street level bureaucrats*, como denominou Lipsky, em situações específicas que influem diretamente na política;

6 - a ideologia e as relações de classe. A ideologia dominante e as relações de classe são pilares da construção e do comportamento institucional. A hegemonia dos princípios liberais em grande parte do mundo, não eliminou a validade da construção teórica marxista que aponta as sociedades em permanentes conflitos entre classes sociais. Mesmo havendo vitórias e conquistas das classes dominadas, a própria formulação da política já traz consigo parâmetros dados pelos princípios da ideologia dominante, que são das classes dominantes. Na implementação o viés classista sempre fica visível, mesmo que atualmente as classes sociais sejam apresentadas de modo segmentado, por meio da construção de categorias como ‘grupos de interesse’, ou estratos por faixa de consumo.;

7 - os imprevistos e os nós críticos (Silva, 2000). A ausência costumeira da previsão dos requisitos básicos necessários à implementação da decisão política é agravada por acontecimentos imprevistos. Tanto no curso da implementação no âmbito do domínio da política, como no plano externo, principalmente, nos campos político e econômico, ocorrem situações e fenômenos não passíveis de planejamento, pois de impossível previsão. Sob outro aspecto, independentemente, da política a ser implementada é sabida a existência de nós críticos e de situações que demandariam mudanças estruturais. É o caso, por exemplo, da corrupção que demanda mudanças no comportamento humano para sua eliminação ou minoração, mas, enquanto isso não acontece, tem o condão de ser importante variável no processo de implementação.

A implementação de políticas públicas, mesmo após acrescentar o monitoramento e o aprendizado como retroalimentadores da formulação, corre risco de ser tratada de modo linear, como uma mera etapa do *policy cycle*. Essa linearidade consagra o modelo *top down*, no qual o formulador tem determinada primazia na definição das políticas públicas, muito embora, tomando decisões com base em pressupostos e modelos causais parciais. Nessa visão, as vicissitudes da implementação estão sempre ligadas a fatores externos, às disputas de natureza política e às resistências e boicotes por parte dos prejudicados com a política, mas nunca ao desenho interno da formulação.

*“No entanto, estudos de situações concretas revelam um padrão muito distinto, onde prevalece a troca, a negociação e a barganha, o dissenso e a contradição quanto aos objetivos. Ao invés de controle, autoridade e legitimidade verifica-se a ambigüidade de*

*objetivos, problemas de coordenação intergovenamental, recursos limitados e informação escassa.” (Silva, 2000:5)*

No caso estudado, é forçoso o reconhecimento que o modelo de implementação que melhor explica o processo é, sem dúvida, o *top down*. As instâncias centrais do Sistema definem as regras e as políticas a serem implementadas. As instâncias estaduais e municipais têm as autonomias parametrizadas por tais definições. São essas instâncias que implementam a maioria das decisões, tendo pequeno poder, inclusive, para dizer como e em que tempo fazer isso.

Em função do modelo *top down*, não causa estranhamento que um dos problemas básicos levantados pelas instituições implementadoras no caso estudado, é a inadequação das normas nacionais para a realidade local. Não é em vão que muitas das políticas e das decisões simplesmente não são implementadas ou o são apenas formal e cartorialmente, visando, tão somente, cumprir requisitos para a captação de recursos.

É verdade que esse modelo é pouco democrático, permite baixo nível de contestação e, por isso, deixa de incorporar muito do aprendizado que a implementação possibilita, além de não conseguir apreender as especificidades de cada situação. Em verdade, a intenção dos formuladores do SUS parecia mesmo ser a de tentar garantir a consolidação dos princípios doutrinários do Sistema que, a partir do seu nível central, passou a normatizar e a conduzir sua implementação.

Evidente que as forças políticas em disputa pouco permitiram o avanço da correção de disparidades regionais. Estas, ao contrário, aumentam quando se definem regras uniformes para todo País, com incentivos e distribuição de recursos a partir do nível central. Os estados mais bem organizados, em geral os mais ricos, conseguem cumprir as normas e captar os recursos. Os mais pobres não e, pois, ficam parados, mais distantes dos estados que tiveram a capacidade de implementar o que foi definido, repita-se, de modo *top down*.

### **Capacidade de implementação**

Diante dos aspectos a serem considerados nas análises da implementação de políticas públicas tratados na seção anterior, tento avançar no sentido de analisar o processo buscando dimensionar a capacidade de implementação das instituições

competentes. Tal capacidade é determinada por fatores externos e internos à política a ser implementada.

Os fatores externos à implementação estão ligados ao contexto, à ideologia, ao *policy making*, aos imprevistos e aos nós críticos. Dentre tais fatores, o presente estudo centra-se na análise do contexto e do *policy making*, sempre pautados pelas ideologias dominantes. Seria interessante analisar os imprevistos e os nós críticos no processo em estudo. Poder-se-ia, por exemplo, refletir *a posteriori* em que medida alguns imprevistos, mesmo efêmeros, influenciaram o curso dos acontecimentos e também investigar o nível de influência de nós críticos como a corrupção e a cultura sobre os *out puts* do processo de implementação do SUS no Estado. No entanto, esses aspectos são aqui descartados como objetos de investigação.

Assim, focando o contexto e o *policy making*, deve-se considerar que as instituições implementadoras dependem da decisão que redundou na política a ser implementada, mas também dependem de outra decisão, qual seja, a de implementar, mesmo porque, em geral, os agentes encarregados da implementação são dirigidos por um político; dificilmente, o político que decide é coincidente com aquele vai implementar efetivamente.

Nesse sentido, mesmo que presentes muitos dos elementos necessários a uma ‘implementação perfeita’, durante o processo a disputa política estabelecida no *policy making* influencia diretamente as possibilidades de êxito ou de fracasso da política pública. Esse fato é amplamente reconhecido na literatura, porém, é difícil ou impossível a mensuração de seus efeitos ou impactos. Ressalte-se, evidentemente, que, quando a disputa política é muito acirrada, as possibilidades de veto conferidas pelas regras do jogo podem impor parâmetros paralisantes ou criar sérias dificuldades às ações das instituições implementadoras.

Para aferir ou dimensionar os efeitos do *policy making* sobre a implementação é que se estudam, com base em abordagens essencialmente qualitativas, os contornos das arenas decisórias e ações dos principais atores, como feito no item ‘**A análise da implementação de políticas públicas**’ deste trabalho. No caso estudado, o processo de implementação não chegou a ser bloqueado, mas foi fortemente afetado pela situação de crise política permanente.

Numa abordagem mais ampla, ainda em relação aos fatores externos à implementação, ao se analisar o contexto de RO no período estudado percebe-se, de plano, problemas estruturais causados pelo próprio processo de ocupação do território e da formação do Estado. O rápido crescimento demográfico e a instalação de atividades econômicas como a indústria madeireira e a mineração levaram impactos imediatos, diretos e nefastos às condições sanitárias locais e pressão insuportável sobre os serviços de saúde existentes. A resistência da malária, da dengue, da tuberculose, da hanseníase, e a eclosão das causas externas entre os principais problemas de morbidade e de mortalidade atestam isso.

Já os fatores internos dizem respeito aos recursos existentes e/ou disponibilizados para tanto e ao desenho institucional dos agentes implementadores. Assim, muito embora a implementação seja influenciada diretamente por atores e pelos fatores exógenos ao desenho da política a ser implementada, há sempre instituições implementadoras específicas.

A política pública há muito não permite mais a essas instituições total autonomia para implementar as decisões ao próprio alvedrio. Além de uma imbricação de elos de interdependência entre instituições diferentes, principalmente, na inevitável dialética entre centralização e descentralização dos arranjos federativos, no processo de implementação tem se procurado tornar mais claro o *accountability*.

Há sempre a necessidade de alguma prestação de contas, perante as instituições competentes. Tal prestação de contas tem caminhado no sentido do estabelecimento de metas a serem realizadas mediante, por exemplo, um contrato de gestão, um termo de ajuste de conduta, um convênio ou mesmo um pacto político. Há uma tendência, no mesmo sentido, de que os implementadores sejam cada vez mais submetidos a formas diversas de controle e de regulação, como na proposta, à direita, da relação *agent X principal* de Pzeworski ou, à esquerda, na dos conselhos de saúde no âmbito do SUS.

Sob outro aspecto, por qualquer motivo que seja, uma vez tomada a decisão de implementar uma política, os implementadores, fundamentalmente, a burocracia, detêm grande discricionariedade e chegam mesmo a inovar, como comentado anteriormente, no processo de levar à prática a decisão política. Somente sobre a decisão de implementar tomada é que se pode pensar em aferir algum nível da capacidade dos agentes implementadores de tornar frutífera a tentativa de levar uma

decisão à prática. Ou seja, de medir sua capacidade interna de implementação, que pode ser traduzida nos recursos existentes e/ou disponibilizados para tanto.

Tomando a terminologia de Matus ( 1996 ), tais recursos são aqui divididos como sendo de três ordens distintas: políticos, materiais e cognitivos. Os recursos políticos dizem respeito à capacidade de sustentação das posições defendidas pelos atores. No caso estudado, podem significar o prestígio e o poder de sedução e de indução dos governos federal, estaduais e municipais, representados pelo MS, SESAU e SMSs na implementação do SUS em RO. Tais recursos têm de encontrar algum nível de respaldo junto à sociedade para legitimar o governante em suas ações.

Para pensar os recursos políticos poder-se-ia, por exemplo, investigar os critérios utilizados para a escolha dos ministros da saúde, dos secretários estaduais e municipais de saúde no período em estudo: se foram critérios pautados pelas composições políticas, se consideram aspectos relacionados à expertise, se foram marcados pelo mero nepotismo ou se esses critérios foram combinados. Da mesma forma, seria interessante pensar em que medida aspectos como prestígio, apoio político e autonomia administrativa desses atores influíram, para o bem e para o mal, nos resultados do processo estudado.

Ainda tomando os recursos políticos no momento da implementação, Walt (1994:174) acrescenta as seguintes questões a serem consideradas: a legitimidade e a estabilidade dos governos; a dimensão e a aceitação da mudança redundante da implementação de uma política pública; o nível de autonomia dos governos frente a poderosos grupos e interesses, principalmente, quando a implementação os afetar fortemente; e o nível de entendimento e de posicionamento por parte das elites em favor das mudanças decorrentes da implementação de uma política pública.

Os recursos materiais são comumente analisados e dizem respeito à estrutura existente, inclusive, à força de trabalho, para a realização dos objetivos e das metas estabelecidas. Ao analisar os serviços de saúde organizados e operacionalizados sob a lógica do SUS, nota-se, de plano, a necessidade de uma rede de serviços composta por equipamentos com graus variados de incorporação tecnológica. A análise desses equipamentos considera tanto a quantidade disponível em relação à população, quanto à variedade e complexidade dos serviços existentes em relação àqueles contemplados no SUS.

Como analisado em outro momento, a rede existente em RO é insuficiente em todos os níveis de complexidade e possui distribuição deficiente já que a maioria dos serviços da banda superior da média complexidade (M3), bem como, os da alta complexidade estão concentrados na capital. Essa distribuição deficiente fica patente diante do fato de existirem serviços de emergência - com sete leitos de UTI para uma população aproximada de 1.500.000 habitantes - somente em Porto Velho. A insuficiência resta demonstrada também pela baixa cobertura por serviços, ações e procedimentos da atenção básica.

Sobre esses recursos materiais, além da situação precária da rede física decorrente da situação permanente de restrições fiscais e orçamentárias, no que tange à força de trabalho pode-se perceber com clareza os efeitos das reformas advindas da reestruturação produtiva sobre as relações de produção em geral e sobre as relações de trabalho em particular. Em todas as organizações há a busca pelo aumento da produtividade, com emprego de novas tecnologias – há mesmo uma dependência para com os computadores – e de uma miríade infinita de receitas e programas voltados a aumentar a adesão da força de trabalho aos objetivos das instituições: programas de qualidade total, *down sizing*, reengenharias, *just in time*, certificações etc. Além do emprego de novas tecnologias, uma das características centrais desses processos é a fragmentação da força de trabalho por meio do estabelecimento de vários tipos de vínculos, chegando mesmo à terceirização ou a ‘quarteirização’ e daí por diante.

Nos serviços públicos isso é notório: basta ver que no SUS, por exemplo, existem servidores do quadro próprio, servidores de carreiras descentralizadas, servidores comissionados, trabalhadores ‘celetistas’, trabalhadores terceirizados, contratados temporariamente, consultores de todos os tipos e com várias formas de contratação, estagiários, cooperados de todos os tipos e mesmo trabalhadores atuando sem qualquer vínculo formal de trabalho, como no caso de muitos agentes comunitários de saúde. Essa situação de fragmentação de vínculos pode ser observada em todos os níveis de governo.

Um estudo recente (OPAS *et al*, 2004) denominado ‘Árvore Lógica da Contratação de Recursos Humanos no SUS’, vai ao encontro dessas assertivas. Enquanto a Reforma do Aparelho do Estado era levada à disputa nas arenas políticas, a reestruturação das relações de trabalho caminhou em surdina, porém, de maneira firme, de modo a consolidar uma situação difícil de se reverter. Evidente que os vários

vínculos criam motivações diferentes, para o bem e para o mal, afetam diretamente a implementação que tem como requisito elementar um nível determinado de continuidade e de estabilidade. A observação das relações de trabalho ganha ainda mais importância se se considerar que, diferente de outros, o domínio da saúde é empregador intensivo de força de trabalho, mesmo diante do avanço tecnológico e busca sempre um nível de 'humanização' dos serviços.

Já no que respeita aos recursos cognitivos, o SUS é pródigo exemplo. Além dos conhecimentos médicos e da tecnologia envolvida para a operacionalização dos serviços de saúde, há uma profusão de sistemas informatizados, programas e instrumentos de planejamento e de gestão que, em comum, têm a pretensão de criar um padrão de funcionamento do Sistema por meio de processos de trabalho e redes funcionais e integradas.

É conferida tamanha importância aos equipamentos tecnológicos envolvidos nos serviços de saúde que a complexidade destes – baixa, média e alta - é comumente definida em função daqueles. Em verdade, todavia, a depender dos aspectos considerados, o tratamento dispensado por um médico da família pode ser tão ou mais complexo que um procedimento cirúrgico. No mesmo sentido é a necessidade cada vez maior, alimentada por certa cultura burocrática do controle, de sistemas informatizados como o SIA, o SIH etc que só no plano federal totalizam mais de 40, bem como, de instrumentos de gestão como programações pactuadas, planos de saúde, de regionalização, de investimento, de controle e regulação, de vigilância etc.

Ainda do ponto de vista dos recursos cognitivos, percebe-se em RO a baixa capacidade de negociação, estabelecimento e cumprimento de contratos. Tal baixa capacidade tem duas conseqüências diretas: a) em relação à rede privada, contrata-se sob a perspectiva da oferta e, ainda assim, ao arrepio das diretrizes e da legislação; b) no âmbito das instâncias do SUS, existe grande dificuldade em se compreender e respeitar as pactuações e seus *modus* de forma a tornar inefetivos muitos instrumentos voltados a representar ajustamentos de conduta, repartição de recursos e cumprimento de metas.

A assimilação e o uso dos recursos cognitivos são nevrálgicos à implementação, pois os mesmos, não raro, são partes constitutivas da política a ser implementada, como são os casos de implementação de novos sistemas de informação ou de novos padrões de processo ou de protocolos de trabalho.

No presente estudo são considerados os seguintes recursos políticos, materiais e cognitivos para dimensionar a capacidade de implementação do SUS em RO:

1) recursos políticos – prestígio, respaldo e autonomia dos governos de RO, do SES e dos SMS na implementação do SUS; nível de apoio ou aceitação junto à sociedade da política em implementação, no caso o SUS; padrão de interação entre os atores nas arenas decisórias;

2) recursos materiais: força de trabalho, rede própria, serviços contratados, capacidade própria de gasto *versus* gasto total, programas / ações municipais implementadas; programas / ações federais implementadas, programas / ações estaduais implementadas, e nível de cobertura (AB, MC, AC);

3) recursos cognitivos: os planos e as programações, os sistemas informatizados e as redes, a assimilação das normas nacionais na realidade local, características básicas das relações de trabalho e a capacidade de negociação, pactuação e contratação.

### **A formulação do SUS e a acomodação perversa de interesses**

Almeida (1996) destaca que a década de 1980 foi marcada por uma terceira onda de reformas sanitárias que assolaram o mundo capitalista no século XX: a primeira, iniciada ainda no século XIX, consistia basicamente em subsídios estatais e programas específicos para os pobres e trabalhadores de baixa renda; outra, no período posterior à Segunda Guerra, com a extensão da cobertura e a universalização do acesso, bem como, a institucionalização de sistemas nacionais de saúde para garantir tal acesso, já que o mesmo passa a ser tido como direito de cidadania.

Já a terceira onda, que invade a década de 1990 com seus reflexos e reverberações, tem dois momentos: o primeiro, traduzido na expansão dos serviços médicos hospitalares; o segundo, impulsionado pela crise do modelo baseado na mencionada expansão, trouxe consigo uma agenda ‘*pós-welfare*’ para a área da saúde. Estas questões imbricam-se com três outros aspectos: a) a crise fiscal do Estado; b) o

ataque à assistência e ao profissional médico, tanto pela direita quanto pela esquerda, que se alia ao ataque ao *welfare state* e c) a hegemonia neoliberal na década.

Tanto o conteúdo dessa agenda de reformas, quanto as medidas, os instrumentos e os modelos formulados pautam-se pela afirmação da *inerente ineficiência do Estado* (Almeida, 1996: 77) e pela conseqüente orientação ao mercado, com a defesa de mecanismos competitivos. Fica evidente que o cerne dos problemas e das propostas apresentadas estava ligado a questões econômicas.

No mesmo sentido, não obstante as peculiaridades das reformas em cada país, os novos paradigmas para a estruturação dos sistemas de serviços de saúde trazem consigo: a tentativa de racionalização da assistência médica, inclusive com a defesa de práticas extra-hospitalares e preventivas de saúde pública; a separação do financiamento da provisão dos serviços; a introdução de mecanismos voltados a estimular a competição na provisão de serviços de saúde; o estabelecimento de contratos de gestão; a tentativa de melhorar a capacidade regulatória do Estado e a de focalizar dos gastos. Esses aspectos orientaram as reestruturações dos serviços de saúde e resultaram em ‘modelos’, como a ‘competição administrada’ nos Estados Unidos, o ‘mercado interno’ no Reino Unido e a ‘competição pública’ na Suécia, e levaram suas influências às reformas em outros países como a Holanda, a Alemanha, a Nova Zelândia, à Itália e à Espanha (Almeida, 1995).

Esse receituário foi alardeado e fortemente induzido, às vezes, imposto mundo a fora pelos principais organismos internacionais, principalmente, os financeiros. Inescapável, pois, a sua inclusão na agenda de reformas que assolaram a América Latina, em geral, e o Brasil em particular. Ocorre que, acrescidos àqueles elementos que justificaram a crise e a proposição de reformas nos sistemas de serviços de saúde dos países centrais do capitalismo, o continente sul-americano era marcado pela essencialidade da luta pela democratização dos regimes militares vigentes e por restrições fiscais muito mais agudas.

No Brasil, ao tempo em que se debatia a crise da assistência médica hospitalar, fortemente impulsionada pela ditadura militar, estavam em revisão as responsabilidades federativas pela saúde; ao tempo em que eram enfrentadas gravíssimas limitações fiscais e que as teses neoliberais defendiam a redução da intervenção estatal, criavam-se as bases do SUS, orientado pelos princípios da universalidade e da integralidade.

Na Constituinte, do confronto entre as forças políticas resultou uma solução que procurou acomodar os interesses públicos aos privados e vice-versa, pois a saúde passou a ser um dever do Estado, ao mesmo tempo permitindo a existência e criando a dependência em relação à iniciativa privada. Essa acomodação de interesses, em tempos de neoliberalismo e na ausência de instrumentos regulatórios adequados, tornou, em grande medida, interesses públicos - como é o caso da universalidade dos serviços - subordinada à lógica da oferta de produtos que geram lucro e serviços de saúde. Considerando o contexto, todavia, é imperioso festejar, do ponto de vista das lutas sociais e do avanço da cidadania, a conquista representada na instituição do SUS.

É impreciso o momento em que se iniciaram as discussões e as mobilizações que resultariam no SUS. Como nos mostra Levcovitz (1997: 33), ainda na década de 1970, a partir do governo Geisel, condições no sentido da construção do SUS já vinham sendo criadas. Todavia, não há dúvida de que a década de 1980 marcou uma divisão de águas, em que a reorganização dos serviços de saúde, em outras bases, acompanhou a correnteza democratizante do período. Teixeira (1995) aponta a seguinte hipótese que reforça essa assertiva:

*“Os processos de Reforma Sanitária quase sempre emergem em um contexto de democratização (seja ele o da Nicarágua, Brasil, Espanha, Portugal ou Itália) e estão associados à emergência das classes populares como sujeito político (geralmente em aliança com setores médios)” (Teixeira 1995: 38)*

E acrescenta:

*“Assim, o caráter político da Reforma Sanitária será dado pela natureza de transição democrática experimentada em cada contexto nacional: transição revolucionária, pactuada ou por colapso” (Teixeira 1995:39)*

Como a transição brasileira foi pactuada num processo ‘lento, gradual e seguro’, a reestruturação dos serviços de saúde seguiu esse ritmo. Para demonstrar a segurança da transição, até mesmo o Presidente da Nova República acabou sendo José Sarney, outrora um grão duque do regime ditatorial. A partir da leitura de Levcovitz (1995) tem-se a perfeita compreensão de um processo longo e gradual que poderia ser tomado como uma ‘guerra de posições’ nas arenas políticas (estatais ou não) visando à imposição de uma nova visão sobre a saúde e sobre a forma da prestação dos serviços.

Do processo que resultou na criação do CEBES às proposições que saíram da VIII Conferência Nacional de Saúde - 'pré-Constituinte da saúde' -, observa-se um movimento intencional de ampliação e fortalecimento de uma coalizão em prol das reformas no sistema de saúde brasileiro. Houve, inclusive, a 'cooptação' do setor filantrópico de prestação de serviços de saúde, o que dividiu sobremaneira os prestadores de serviço particulares.

A ocupação de espaços importantes na academia, nas entidades políticas e na administração pública proporcionaram condições favoráveis para o enfrentamento às resistências, aos boicotes e às oposições ao projeto de reforma do sistema de saúde brasileiro. Considerando o poder dos interesses contrariados, como a burocracia anti-descentralizante e a iniciativa privada antiestatizante, a coalizão em torno da Reforma Sanitária Brasileira caminhou num processo de acúmulo de forças e de gradualismo sem rupturas bruscas ou descontinuidades (Levcovitz, 1995).

A VIII Conferência Nacional de Saúde inovou ao incluir amplos setores sociais nas discussões, já que suas antecessoras significavam eventos de baixa participação e cujo escopo era limitado a assuntos técnicos. As resoluções dessa Conferência e suas conseqüências - já que deram as bases ao texto constitucional de 1988 - significaram, por um lado, a vitória dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira. Todavia, por outro, é forçoso reconhecer que foi também imposta a manutenção de muitos interesses de opositores a tais ideais, como os da assistência hospitalar privada e da saúde suplementar. Assim, ao se considerar os avanços significativos para a cidadania representados pela instituição do SUS no Brasil, não se pode olvidar que este sistema não logrou ser, de fato, "único".

Evidentemente não se tornou "único" em função da correlação das forças em disputa: por um lado o Movimento Sanitarista; por outro, as forças pró-mercado que assolavam o mundo com suas ideologias. Mendes (2001: 73), de forma didática, mostra como no Brasil, a partir da Constituição de 1988, passaram a coexistir três sistemas de saúde: o SUS, o sistema de atenção médica supletiva (SAMS) e o sistema de desembolso direto (SDD). Considerando a magnitude desses dois últimos, só o mais ingênuo e incauto dos administradores públicos não perceberia perfunctoriamente grandes problemas para a implementação do SUS. Essa formulação mantém três sistemas concorrentes, com incentivos à iniciativa privada, renúncias fiscais e subsídios que não só mantêm, mas reforçam iniquidades a partir do dispêndio público. Operou-se,

desta forma, uma acomodação perversa de interesses privados ao sistema público, universal e integral que se instituiu.

Some-se a isso o fato de o poder público, por não ter capacidade instalada para cumprir sua missão constitucional, ser obrigado a recorrer à iniciativa privada para ‘complementar’ sua oferta de serviços públicos de saúde, em muitos casos, ficando refém da oferta privada. Dessa situação, para o presente texto, o importante a reter é que a relação e as disputas entre esses três sistemas de saúde são variáveis explicativas importantes para se compreender as dificuldades estruturais observadas na implementação do SUS. O *mix* público X privado no âmbito do SUS foi formulado de modo a acomodar interesses e não vislumbrar as dificuldades que isso representaria para o implementador do SUS em sua relação com a iniciativa privada. É a acomodação perversa dos interesses.

Sob outro aspecto, para além da descentralização dos serviços de saúde que se deu por meio do SUS, ocorreu uma mudança estrutural representada pelo princípio da equidade e da universalidade, esse último sendo responsável pela incorporação de algo em torno de 60 milhões de pessoas ao Sistema (Mendes, 2001: 99).

A incorporação desses princípios que embasam as políticas públicas, tomados do ponto de vista das teorias de justiça, demonstra que foram dominantes nessas formulações os valores da solidariedade social. Para tanto, convergiram teses socialistas (Levcovitz, 1995; Pego e Almeida, 2002) e sociais democratas que encontram consonância em teorias formuladas por autores como John Rawls e Michel Walzer (Figueiredo, 1997) Assim, não obstante a influência do neoliberalismo e do Consenso de Washington, os princípios de justiça dominantes na formulação do SUS nadaram contra a corrente da individualista escolha racional.

No entanto, pensando os serviços de saúde como um todo, critérios segmentadores por mérito - quem pode pagar – foram mantidos. Esse fato tornou-se um claro sinal de que, se por um lado, a sociedade brasileira majoritariamente apoiou a luta pelo SUS, por outro, não hesitou em manter, sob a batuta estatal, clivagens e estratificações por faixa de renda no que tange ao acesso a serviços de saúde. A garantia do direito de pagar por serviços de saúde, via SAMS e SDD, e depois abater dos impostos a pagar se sobrepõe aos direitos coletivos. Sem dúvida essa estratégia beneficia de modo iníquo e concentrador os mais ricos e significa a manutenção dos princípios baseados em direitos individuais em momentos decisivos como os são os

atinentes à saúde. Esses princípios vão ao encontro dos defendidos em nome da livre iniciativa e do Estado Mínimo, como o faz Robert Nozick (Figueiredo, 1997).

A composição de princípios aparentemente opostos representa o cerne das teorias que justificam o que denomino aqui ‘acomodação perversa de interesses’. Tal acomodação foi acolhida nas decisões políticas que redundaram na formulação das novas regras para o domínio da saúde, inclusive na formulação do SUS, etapa definida, mas não concluída, no âmbito legislativo, com a promulgação das leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990.

Ao se analisar a implementação dessas formulações por meio do estudo de um caso concreto, como na presente tese, pode-se perceber que muitos dos sonhos e das utopias que embalaram os bravos baluartes da Reforma Sanitária Brasileira estão, sem sombra de dúvida, sendo corroídos sob a acomodação perversa de interesses existentes no domínio da saúde. Em todos os âmbitos, da pesquisa ao balcão do posto, não obstante avanços, observam-se a precarização, a mercantilização, o garroteamento orçamentário, as transgressões éticas, além da captura dos interesses públicos pelos privados e particulares.

Mesmo ante a eficácia plena da norma atinente à universalidade dos serviços que representou uma grande inclusão social, é forçoso concordar com aqueles que apontam a existência de exclusão e de incentivos à busca pelo mercado privado de saúde. A integralidade mostra-se impossível de ser atingida, pela própria impossibilidade de se definir o que é necessidade em saúde. A cada decisão judicial que garante esse direito aos cidadãos com acesso a serviços advocatícios, o gestor do SUS é obrigado a deixar de gastar conforme o planejado, já que os recursos são finitos.

Chega a soar como cinismo institucional quando, do ponto de vista de um cidadão de RO, principalmente, o do interior, se observa o princípio da integralidade aliado à determinação atinente à busca de correção das disparidades regionais. Mesmo a consulta a um profissional médico pode ser, ainda hoje, de muito difícil acesso. Nesse diapasão, a equidade não chega sequer a se constituir numa miragem, não existe nem em pensamento, ante a garantia de alguns tratamentos públicos de alto custo existentes nas maiores cidades do País.

Mantra do Movimento Sanitário, o controle social no SUS pode, de fato, ser analisado, usando-se as definições conceituais da ciência política e da sociologia. Ou

seja, um tiro pela culatra que acertou e feriu gravemente o desejo de controle da sociedade sobre o Estado. É o Estado, paradoxalmente, que controla a participação comunitária definindo seus membros, seus ritos, pautando suas decisões e, quase sempre, presidindo seus trabalhos.

A descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços, mesmo com todos os problemas, quase por consenso, são apontadas como os aspectos que mais avançam na implementação do SUS. O curioso é que as normas reitoras desse processo foram emanadas ao mesmo tempo de sua implementação de forma infralegal, ou seja, realizadas pelas próprias instituições implementadoras, com clara preponderância do MS no processo decisório.

É evidente que as decisões e os arranjos institucionais não lograram abalar o *status quo* vigente, pois mantiveram as disparidades regionais. Até o PAB nas regiões mais ricas acabou sendo maior que o das mais pobres. Sob outro aspecto, a concessão de autonomia para que as instâncias estaduais e locais decidam sobre a repartição dos recursos federais, sem a necessidade de inclusão dos estaduais e municipais no processo de pactuação, reforçou o poder das elites estaduais e permitiu a existência de iniquidades no âmbito de uma mesma unidade federada, como comprova o caso estudado na presente tese.

O mais grave, todavia, é a composição do *mix* e a forma de relacionamento entre o setor público e o privado. Os atores privatistas conquistaram a permissão para a convivência de um sistema público universal e integral com a iniciativa privada complementar. A questão é que essa convivência tem sido eivada pela preponderância da oferta de serviços. Mesmo no âmbito dos serviços públicos, a privatização foi acirrada via terceirizações e subcontratações de todas as ordens.

Esses elementos configuram a materialização da acomodação perversa de interesses no setor saúde: inclusão social, mas com integralidade impossível, exclusão e incentivos gritantes aos serviços privados; controle social com preponderância do Estado; manutenção do *status quo* em relação às disparidades e às iniquidades; e, para finalizar; um *mix* público X privado que permite a preponderância, nem sempre parametrizada pela lei, da oferta privada em relação ao interesse público. Esse é o cenário visualizado na implementação do SUS, objeto de estudo deste trabalho.

## **A implementação do SUS via normas operacionais: processo lento, gradual e seguro**

Promulgada a Constituição, passado o transe, o País acordou para um cenário doméstico e internacional extremamente adverso e em rápida transformação. Por um lado, a hegemonia neoliberal e das teses do Consenso de Washington e da Nova Gestão Pública; por outro, restrições fiscais internas graves, esgotamento do modelo do nacional desenvolvimentista em face a um processo acelerado de globalização econômico-financeira.

O momento do cenário internacional e doméstico em ebulição coincide com o início da implementação das novas regras constitucionais atinentes ao SUS. As forças que reivindicavam a democratização do regime e a correção das iniquidades sociais foram fortes o suficiente para inscrever a universalidade, a integralidade e a busca pela equidade como princípios do SUS. Todavia, no momento de sua implementação foi a vez das forças apegadas às teses referentes à necessidade de reforma do Estado, sob a égide do neoliberalismo e da Nova Gestão Pública, serem dominantes nas instituições competentes.

Os acontecimentos e as escolhas feitas nesse momento devem estar sempre em mente a fim de se captarem aspectos chave na forma que tomou a implementação do SUS. Assim, não se pode deixar de vislumbrar, nacional e internacionalmente, o contexto político, econômico e ideológico da transição entre as décadas de 1980 e 1990 (Anderson, 2000, Bourdieu, 1998a; Hobsbawm, 1995) para pensar como, nesse contexto de escassez de recursos, de grandes transformações políticas e da imposição hegemônica das teses neoliberais, do Consenso de Washington e da Nova Gestão Pública foi operacionalizada a implementação do SUS e quais as principais conclusões que se pode tirar desse processo. (Almeida, 1995; Almeida, 2002)

No cenário internacional, o ano de 1989 foi marcado pela queda do Muro de Berlin. No Brasil, a população experimentava o fel da hiperinflação culminado na eleição de Fernando Collor à Presidência da República. Prenunciava-se o que e como seria a agenda da década de 1990, com priorização da economia, aumentando seu papel de condicionante para as outras políticas, inclusive as sociais. Há que ser ressaltada a essencialidade da questão econômica que apareceu como impeditiva da plena implementação do SUS, pois marcou a disputa interna no âmbito dos governos. As

áreas econômicas, com suas prioridades, sempre procuraram impor toda sorte de mecanismos limitadores do dispêndio público em saúde e em outras políticas públicas.

A regulamentação legal das regras constitucionais do SUS, que se deu com a promulgação das Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, demonstrou o quão complexo seria seu processo de implementação. A magnitude dos conflitos envolvidos pode ser depreendida do fato de a Lei 8.142 ter como conteúdo basicamente o que há pouco havia sido vetado pelo Presidente Collor na Lei 8.080. Entre os dispositivos, questões atinentes à repartição de recursos federais.

Lucchese (1996), tomando o período entre 1990 e 1995, estuda o processo de descentralização do financiamento e da gestão da assistência à saúde. Ao optar por analisar esse aspecto da descentralização e desconsiderar outros como a vigilância epidemiológica, apresentou importante indicação: um dos cerne das disputas no processo de implementação do SUS, em seus primeiros anos, estava na assistência à saúde, na prestação direta de serviços.

Tal assistência representava o ponto de convergência dos olhares: os municípios deveriam assumir (ao menos parte) a prestação de serviços assistenciais; os estados, muitos dos quais com redes próprias e problemas de financiamento; a União, presidida por Collor, tinha na saúde o espectro de insepulto INAMPS e a ação dos ‘auditores’ do SUS opondo dificuldades à repartição dos recursos federais. Tudo acontecendo sob as influências dos serviços privados que lutavam para manter seus interesses no âmbito do novo Sistema.

O SUS, assim, ente formulado para ser repleto de virtudes, baseado nos princípios da solidariedade social, da universalidade, da equidade e da integralidade, da prevenção e da promoção da saúde, da efetivação da cidadania na área da saúde, se deparou com a realidade na qual iria viver e se desenvolver: restrições fiscais graves, disputas ideológicas, políticas e econômicas muito acirradas e tencionadas, tanto na arena político-partidária, quanto no âmbito federativo.

Para Levcovitz, foi arroubo normativo por parte da União, por meio do MS, que criou a percepção da necessidade de normas nacionais para a operacionalização do SUS.

*“Em 8 de janeiro de 1991 os Secretários Estaduais de Saúde foram convocados ao Ministério da Saúde e surpreendidos com a publicação de um amplo conjunto de*

*atos normativos que alterou profundamente as regras vigentes de relacionamento financeiro entre as esferas de governo. (...) A principal contribuição dos atos normativos para as trajetórias futuras de implementação do SUS constituiu-se na disseminação da idéia que o arcabouço jurídico-legal jamais seria suficiente para detalhar os instrumentos operacionais que assegurassem a funcionalidade do sistema, com toda a sua amplitude e complexidade. Desta percepção resulta a demanda permanente por regulação federal para induzir a unidade do sistema. (...) Assim surgiram as Normas Operacionais Básicas – NOB, que se tornaram instrumentos fundamentais para a operacionalização das mudanças”. (Levcovitz, 1997: 154-6)*

Apesar da regulamentação legal do SUS, em termos de descentralização, no caso da assistência à saúde, nos anos de 1990 e 1991, observou-se um retrocesso em relação à Programação Orçamentária Integrada que vigia anteriormente. As NOBs 01/91 e 01/92, editadas ainda pelo INAMPS, reforçaram a lógica dos convênios e do pagamento por produção e, não obstante o estabelecimento de requisitos para estados e municípios que colaborariam para a formação do arranjo institucional do SUS, *avalia-se que, na prática, apenas cumpriam-se tardiamente as obrigações federais dos convênios das AIS e do SUDS* (Lucchese, 1996:113)

Tais limitações, no entanto, não conseguiram tirar a importância do aspecto relacionado ao início do processo de gestão do SUS por meio de normas nacionais, editadas pelo nível central do sistema, com critérios a serem seguidos por estados e municípios para a captação dos recursos do Ministério da Saúde.

Esse aspecto é de fundamental importância para a explicação de dificuldades, adaptações e não cumprimento (ou só formalmente) por parte de estados e municípios de muitos dispositivos que passaram a ordenar a implementação do SUS desde então. São conhecidas e debatidas as conseqüências de se aplicarem normas nacionais em um país de tamanhas e tantas disparidades e heterogeneidades como é o Brasil.

Da mesma forma, contribui para explicar a manutenção da preponderância do nível central do sistema na operacionalização da gestão descentralizada do SUS, já que os demais entes foram se acostumando a lhe apresentar a comprovação do cumprimento de uma gama crescente de requisitos e esperar pelos programas e pelas ações federais. Sem a menor dúvida, esse caminho tem o mérito de plasmar nacionalmente princípios, parâmetros, protocolos e também os tipos de serviços a serem ofertados à população. Tais questões serão aprofundadas no estudo de caso de Rondônia sobre a aplicação das normas nacionais do SUS em um estado específico da federação.

É importante notar a relevância da conjuntura extremamente desfavorável de 1992 para a implementação de políticas públicas em geral, e para o SUS em particular. Esse ano, que terminou com o desembarque de Collor da Presidência da República, além das já tradicionais limitações fiscais - inclusive com descumprimento de regras previstas para o financiamento da saúde - foi marcado em grande medida por dificuldades administrativas decorrentes da crise política. No entanto, nele houve a reorganização da coalizão em torno da Reforma Sanitária Brasileira e, a muito custo, a realização da IX Conferência Nacional de Saúde sob o tema central: “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”.

As resoluções dessa Conferência deram as bases para o documento sintomaticamente intitulado “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”, publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 1993, portanto, já no Governo Itamar. Nele se resgatavam e se reforçavam os princípios da Reforma Sanitária como a descentralização e a participação da comunidade, com protagonismo municipal para a prestação dos serviços. Ressalte-se que a mudança de Governo, desde janeiro de 1993, propiciou uma mudança de postura por parte do Ministério da Saúde que passou a negociar com os atores e nas arenas que já funcionavam embrionariamente no SUS. Essa mudança de postura permitiu, em maio daquele ano, a edição da NOB 01/93. É importante lembrar que em 1993 ocorreu no Brasil o plebiscito que ratificou a forma presidencialista de governo.

Para Levcovitz (1997:167-8) um dos pontos centrais a serem observados nesse processo é a ascendência e a hegemonia da concepção ‘municipalista exclusiva’ para a descentralização dos serviços de saúde, rompendo, nesse aspecto, com os caminhos trilhados na VIII Conferência Nacional de Saúde. Não obstante isso, a desobstrução do processo de negociação com o Governo Itamar permitiu avanços importantes para o desenho do SUS. A proposta do Sistema Único demonstrava vitalidade institucional e organizacional, principalmente, no que tangia à definição de seu desenho institucional, de suas arenas decisórias e, em relação ao *modus operandi* e de modalidades de habilitação para estados e municípios para repasses de recursos ‘fundo a fundo’.

*“A estratégia definida partiu dos seguintes pressupostos: a) o respeito à diversidade de realidades estaduais e municipais, com capacidades e vontades distintas de absorver as novas responsabilidades gerenciais e políticas; b) o cuidado de não desestruturar as práticas existentes antes que se instaurassem as novas, de modo a*

*evitar rupturas bruscas no atendimento à população; e c) o reconhecimento das relações de parceria como base para a estruturação do sistema. Como consequência, a NOB SUS 01/93 estabeleceu um processo flexível, gradual e negociado, para assegurar viabilidade política à execução das mudanças operacionais necessárias.” (Lucchese, 1996:116)*

Dada a conjuntura do momento, principalmente, relacionada às dificuldades de financiamento do sistema, a operacionalização dos dispositivos trazidos por essa NOB ainda demoraria a entrar em vigor com efetividade. Só com o Decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994 é que se criaram as condições para os repasses financeiros a estados e municípios em conformidade com as novas regras. Todavia, tal conjuntura se mostrou de fundamental importância para a compreensão dos passos seguintes na organização e operacionalização do sistema.

Mesmo estando hierarquicamente inferior a uma regulamentação legal ou por Decreto, o fato de se institucionalizarem, por meio de Portaria do Ministério da Saúde (NOB 01/93), as comissões intergestores bipartites e tripartite como espaço privilegiado, permanente e regular de negociação e pactuação trouxe consigo a definição de importantes regras do jogo que ainda perduram na gestão do SUS e contribui para explicar seus propalados sucessos.

No mesmo sentido, a forma operacional adotada para a implementação do SUS junto aos estados e aos municípios foi por adesão e por modalidades, significando diferentes responsabilidades sanitárias no âmbito de cada território. Inegável é, nesse sentido, o avanço na delimitação de responsabilidades entre os gestores das três esferas de governo. Do mesmo modo, é forçoso o reconhecimento da frustração da implementação da direção única em cada esfera de governo, bem como, da vinculação da iniciativa privada ao SUS mediante contratos, formulações expressas na Constituição (Matos & Pompeu, 2001).

Ainda que se considerem limitações como o fato de a NOB 01/93 não ter conseguido avançar em outros aspectos do SUS que não a assistência à saúde, seus avanços e sucessos são sobejamente apresentados na literatura. Quase sempre, tais sucessos são traduzidos em números de habilitações de estados e, principalmente,, de municípios às modalidades de gestão previstas. As habilitações, por sua vez, permitiram um aumento significativo do *quantum* repassado fundo a fundo a estados e a municípios. Importante frisar que a NOB 01/93 foi quem inaugurou a operacionalização

do SUS mediante 'habilitações' de estados e de municípios. Nesse momento as habilitações diziam respeito às modalidades de gestão.

Segundo dados do MS, em janeiro de 1997, dos 4.975 municípios existentes no Brasil, 3.127 estavam habilitados nos termos da NOB 01/93, sendo 2.367 em gestão incipiente, 616 em parcial e 144 em gestão semiplena do sistema, conforme as definições trazidas por essa NOB. Em relação aos estados, todavia, dados os problemas na delimitação de seus papéis frente à ênfase nos municípios, apenas 12 habilitaram-se, ainda assim, sendo 5 em gestão avançada e apenas 7 na gestão plena do sistema. As habilitações estaduais nessa NOB não tiveram o efeito prático previsto, já que os recursos e os instrumentos para a sua operacionalização não foram suficientes. Esse fato fez com que os estados somente viessem a experimentar o recebimento de recursos do MS via repasses fundo a fundo a partir do ano de 1988 (fonte: SAS/MS, 2001).

Em verdade, o governo de Fernando Henrique aprofundou a estratégia de descentralização adotada na NOB 01/93. É certo que as NOBs contribuíram para diminuir a fragmentação potencial do SUS. No entanto, a luta por recursos financeiros para a efetiva implementação das decisões que se tomavam visando à organização e a operacionalização do sistema foi a tônica. Lucchese (1996) e Levcovitz (1997) relatam vários elementos e momentos da disputa em torno da questão do financiamento do SUS, principalmente, no que respeita ao nível central.

Após o fracasso das regras de financiamento inscritas na Constituição que apontavam para o financiamento de toda a seguridade social, a área da saúde se viu obrigada a alçar vôo solo se quisesse se viabilizar. Em algumas situações foi obrigada a aceitar o endividamento junto ao FAT como a única possibilidade de saldar compromissos. As disputas que se travaram em torno da CPMF, principalmente, no âmbito do próprio governo federal, mostram claramente que a implementação do SUS não encontrou sequer o apoio das áreas econômicas, quanto mais os recursos necessários.

Paralelamente a essa situação que se iniciou logo nos primeiros meses de 1995 com a posse de Fernando Henrique na Presidência da República, o processo de discussão no âmbito do SUS levou à edição da NOB 01/96. Tal processo durou cerca de um ano e consumiu todo o decorrer de 1996 (Levcovitz, 1997:221). O ano de 1997 foi tomado pelas disputas em torno do financiamento e pela busca de definição de fontes estáveis tanto para custeio, quanto para despesas de capital, que acabaram encontrando

uma saída mediante o empréstimo de vultosa soma de recursos junto ao BID e ao BIRD. Esses empréstimos possibilitaram o chamado ‘Projeto REFORSUS’. Note-se que despesas de capital também eram consideradas imprescindíveis ao avanço da implementação do SUS, dado, inclusive, o sucateamento paulatino e profundo das instalações físicas dos equipamentos de saúde.

A NOB 01/96 foi proposta, discutida e veio ao mundo em meio às tentativas de reforma do aparelho do Estado brasileiro, que contava, inclusive, com um Ministério específico, o MARE (Ministério da Reforma do Estado). A já folclórica visita de Bresser Pereira, então titular do MARE, ao Reino Unido, onde se encantou com os mecanismos que estavam sendo adotados na área de saúde e resultou na tentativa de adaptá-los à realidade brasileira, tem ao menos o condão de revelar que a discussão que resultou na NOB/96 contou com a participação direta do citado Ministério. O relacionamento apresentava divergências de opinião e, para Levcovitz, tão logo os técnicos do MARE passavam a concordar (e mesmo a entender) os argumentos da área da saúde eram substituídos (Levcovitz, 1997: 224), demonstrando a tensão entre os dirigentes do SUS e os responsáveis pela reforma do aparelho de Estado.

A inovação fundamental que a NOB 01/96 trouxe diz respeito ao estabelecimento de critérios precisos de financiamento via PAB – variável e fixo – o que aprofundou definitivamente a habilitação dos municípios às regras. Note-se que a habilitação agora passou a ganhar outra dimensão: além de se tornar instrumento de uma modalidade de gestão, forma trazida pela NOB/93, os estados e municípios deveriam se habilitar também aos programas constantes da parte variável do PAB. As disputas por recursos, em 1997, representaram o entrave central na implementação da NOB/ 96. Isso não impediu, todavia, que no início de 1998, com a Portaria Ministerial que regulamentou o PAB, a operacionalização do SUS mediante habilitações estivesse consolidada como estratégia prioritária para a sua implementação.

E de fato foi uma estratégia frutífera. Segundo dados do MS (SAS/MS/2001), em dezembro de 2001, quando a NOAS derogou a NOB/96, dos 5.560 municípios existentes, 5.535 estavam habilitados, sendo 4.962 em gestão plena da atenção básica e 562 em gestão plena do sistema. Em relação aos estados, a tendência de não adesão já verificada quando da NOB/93 manifestou-se uma vez mais. Em dezembro de 2001, existiam sete estados habilitados em gestão plena do sistema e cinco na condição de

Gestão Avançada do Sistema Estadual. Novamente repetiu-se o fenômeno da baixa adesão dos estados às normas do SUS.

Nessa linha, os números das habilitações dos gestores estaduais e municipais em alguma modalidade de gestão do SUS têm sido constantemente apresentados como ‘fortalezas’ de sua implementação. De fato podem ser tidas como tal, pois mesmo quando ocorreram ‘cartorialmente’, explicitaram a adesão dos entes federativos ao SUS com seu desenho institucional.

Ocorre que, em geral, esse tipo de análise tem se dedicado a tentar apresentar os conteúdos de cada uma dessas Normas e seus resultados quantitativos sem considerar os interesses contraditórios, as disputas, a má-fé, existentes nas arenas políticas do SUS que, não raro, impedem a realização (às vezes mínimas) dos princípios do Sistema. Um município habilitado em GPSM e a todos os programas variáveis pode produzir pouco significado na vida das pessoas e pouco impacto sobre as condições de saúde.

Ainda que apresentem algumas deficiências analíticas, pode-se reconhecer a importância e a contribuição desse tipo de trabalho para as análises e debates em torno do tema. Tanto o registro da variação das habilitações de estados e municípios, quanto a tradução das determinações expressas em cada uma das Normas Operacionais são fundamentais para a história e para os rumos do SUS. Há que se cuidar, no entanto, para que tais análises não conduzam a uma compreensão meramente ‘cartorial’ da implementação do SUS. Deve-se lembrar que as habilitações nas NOBs foram fortemente marcadas por esse procedimento cartorial, dada a ênfase na apresentação e na conferência de documentos comprobatórios dos requisitos expressos nas Normas.

Para minimizar o risco de se proceder a uma análise meramente cartorial, na presente tese, a implementação do SUS não é analisada priorizando esses dois aspectos - quantidade das habilitações e significados das determinações das Normas. Mas enfatizo o *policy making* aí presente, as interações estabelecidas entre os diferentes atores e as decisões políticas adotadas. Nesse sentido, não obstante as eventuais divergências, considero mais profícua a interlocução com trabalhos que tratam da observação dos procedimentos políticos (Gershman, 1999).

## **O SUS e seu arranjo institucional inovador para a manutenção do *status quo***

A forma como se deu a divisão prática de responsabilidades no SUS é instigante, sendo que mesmo a União ainda mantém sob sua gerência prestações diretas de serviços de saúde, tais como alguns hospitais e institutos federais, como o Grupo Hospitalar Conceição e o Instituto do Câncer e o de Traumatologia-Ortopedia e, recentemente, uma rede hospitalar no Rio de Janeiro, composta por hospitais. Também o nível estadual ainda aparece em larga medida como grande prestador direto de serviços de saúde. É forçoso reconhecer a heterogeneidade entre os estados e muito mais entre os municípios no que diz respeito a uma série de aspectos relacionados à capacidade de gasto e de gestão administrativa. Faz-se mister aceitar também a inexistência de um único padrão no processo de implementação do SUS e de relação entre os entes federativos.

Essa heterogeneidade obrigou que se aceitasse uma divisão de responsabilidades entre os níveis de governo conforme as circunstâncias e as singularidades de cada caso. Há na literatura, por exemplo, a indicação que aponta para a existência, em meados da década de 1990, de cinco ‘modelos’ de organização e gestão da assistência à saúde: a) o centralizado; b) o municipalizado com ênfase na regionalização; c) o descentralizado por nível de hierarquia; d) o atomizado e e) o descentralizado por partilha (Levcovtz, 1997: 208; Heimann *et al*, 2000)

Assim, estão ‘justificados’ os casos em que a União - e em larga medida, os estados - ainda presta diretamente serviços saúde tanto mediante uma rede própria e pública, quanto mediante rede privada e conveniada ou contratada. A questão que se coloca é: que tipo de descentralização ocorreu se a prestação direta de serviços se mantém amplamente fora do controle do nível municipal? Isso sem considerar todo o muito bem mantido poder de *efforcement* do nível federal.

Mesmo em Rondônia, onde se observou a ‘retirada’ por parte da SESA/RO da prestação dos serviços de saúde na quase totalidade dos municípios, na Capital o gestor estadual mantém sob seu controle os principais hospitais e serviços instalados, responsáveis pelos maiores gastos e pela produção no sistema no estado. O que deve ser explorado é como esse fato permanece sem se buscar uma solução, passando a ser considerado ‘normal’ que o Estado não queira repassar e o Município não queira receber a responsabilidade por esses serviços.

Assim, não se pode, de antemão, afirmar que, no plano nacional, a adesão da quase totalidade dos municípios à gestão plena da atenção básica (só 10%, aproximadamente, estão em gestão plena do sistema) signifique que o SUS foi descentralizado, consolidando o mando único municipal em relação à prestação dos serviços públicos de saúde à sua população. Acredita-se, *ad argumentandum*, que a falta da capacidade administrativa ou de gasto dos estados e dos municípios, em casos como o Rio de Janeiro ou Porto Alegre, não seja a causa essencial para a existência de serviços hospitalares federais. O mando sobre as unidades integrantes do SUS aparece, pois, como um arranjo muito mais político do que técnico, que vem se mantendo ao longo do tempo, em muitos casos, alheio às normas e às decisões tomadas pelas próprias instâncias do SUS.

Pode-se questionar em que medida, e até quando, a incapacidade dos municípios para assumirem a plena responsabilidade sobre os serviços de saúde instalados em seu território pode justificar a existência de prestações de serviços de saúde menos complexos pelos níveis estaduais e federal. Essa ‘incapacidade’ deve ser problematizada, pois serviu de justificativa para o estabelecimento de modalidades diferenciadas de gestão ou de habilitação ao SUS e vai se tornando perene sem nenhuma busca de superação.

Na prática, o que ocorre durante todo o período no caso estudado é o que Mendes (2001) chamou de ‘descentralização autárquica’ em que os municípios e também o estado aparecem como prestadores de serviços de saúde à União e, por esses serviços, recebem um montante de recursos financeiros. Isso pode ser resultado ainda de forte herança dos tempos de centralização na saúde. Seria uma espécie de ‘síndrome do INAMPS’, na qual estados e municípios contam com os recursos do SUS (aludindo ao nível federal) como anteriormente contavam com os do INAMPS.

Parte-se do pressuposto de que a íntegra dos serviços de saúde existentes em cada município deveria estar sob sua gestão, para que se cumprisse a determinação constitucional expressa no artigo 30, VII, e se garantisse o mando único na esfera de gestão municipal. Evidente que dentre os 5.563 municípios, os 26 estados e o Distrito Federal, ocorrerão situações excepcionais, onde a cooperação intergovernamental forçosamente será implementada por arranjos institucionais específicos para a prestação dos serviços de saúde e também para a cooperação técnica e financeira previstas dentre os papéis da União e dos estados. Ou seria o caso de alterar a regra constitucional?

O ideal é que os serviços instalados em cada município estejam de acordo com a capacidade, o porte, a posição na rede etc, de modo que a própria municipalidade tenha condições de geri-los. As condições para tanto são passíveis de serem melhor garantidas se forem de responsabilidade do conjunto de recursos do Sistema, mas com dotação e execução subordinada diretamente ao nível de municipal de governo.

Por outro lado, estudo recente (NESUR - UNICAMP, 2001) comprovou a impossibilidade de se pensar em sistemas de saúde isolados uma vez que as populações de determinado município se dirigem a outros, buscando atendimento. Assim, há os municípios que ‘exportam’ usuários, os que ‘importam’ usuários, ou os dois, mas nunca o isolamento, demonstrando que, na saúde, existe interdependência entre os diversos sistemas locais - vide o caso de controle de epidemias - e uma rede hierarquizada de maneira caótica, mas que serve de orientação à população em busca dos serviços. Daí a necessidade peremptória de instrumentos que viabilizem a cooperação e o intercâmbio entre municípios, como os consórcios intermunicipais.

Quando da observação de situações de estados não habilitados, como o caso estudado, é mais fácil a constatação de que estes não deixaram, por isso, de executar políticas de saúde, de alocar recursos próprios e de receber repasses federais. Ou seja, no nível estadual não há diferença fundamental entre as situações de habilitação e não habilitação para o nível de ‘pertencimento’ e de adesão às diretrizes do SUS. Todo o trabalho de pesquisa aqui realizado, aliás, diz respeito a uma situação onde o Estado de Rondônia não se encontrava habilitado em nenhuma das modalidades de gestão estadual previstas em qualquer das NOB, ocorrendo, como se apontou em outro momento, uma ‘retirada’ da SESAU da assunção de suas responsabilidades perante o SUS.

Esse fato não impediu em Rondônia o processo de implementação das normas do SUS. Diferente disso, em dezembro de 1998, Rondônia era um dos sete estados que apresentavam 100% de habilitação de seus municípios, sendo 11 em gestão plena do sistema e 41 em gestão plena da atenção básica, o que representava uma média de aproximadamente 20% de habilitações em gestão plena do sistema, quase o dobro da média nacional. (Ministério da Saúde, Coordenação de Implantação da Descentralização, SPS, 1998)

Nesse sentido é que a noção de *habilitação*, para os municípios, parece sempre significar a possibilidade de captação de recursos e, para os estados, a gestão dos recursos já destinados à assistência ambulatorial e hospitalar. Essa acepção remete a

discussões que ratificam o que Arretche (1998) tratou por 'barganha federativa'. Assim, mais que um sucesso do SUS e uma adesão consciente aos seus princípios, essas *habilitações* representam, geralmente, estratégia de sobrevivência dos entes federativos subnacionais.

A Constituição, no seu artigo 196, definiu a saúde como um dever do Estado. Nesse sentido, impôs obrigação aos ocupantes dos poderes do Estado, principalmente, podemos dizer, aos do Executivo, por ser este o responsável direto pela execução dos serviços de saúde e, portanto, da garantia final e direta desse direito social. Considerando o inciso I do artigo 198 da Carta, não cabe dúvida de que essa obrigação foi imposta ao Estado nas três esferas do arranjo federativo brasileiro.

Assim, nunca é demasiado lembrar que a saúde, como um dever do Estado, está além dos projetos e das políticas de governos, em seus três níveis. Nessa condição, deve ter assegurada a continuidade da prestação de serviços de forma contínua e ininterrupta, para além das mudanças e sazonalidades dos governos. Corroboram para tanto o desenho institucional dotado de estabilidade e efetividade.

A literatura trata acertadamente o SUS como um bem-sucedido arranjo institucional para as inescapáveis relações intergovernamentais visando à operacionalização dos serviços públicos de saúde. A necessidade de tais relações e materializa na competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios para cuidar da saúde (artigo 23, II), bem como na competência concorrente entre a União, os Estados e o Distrito Federal, para legislar sobre a proteção e a defesa da saúde (artigo 24, XII). A prestação dos serviços de saúde está entre as competências exclusivas dos municípios (artigo 30, VII), mas deve ser feita com cooperação da União e dos estados. Essa distribuição de atribuições encontra consonância com o que é preceituado na seção da saúde (artigos 196 a 200).

É imperativo o reconhecimento de que o SUS, frente à complexa distribuição de responsabilidades e prerrogativas da Constituição, foi e vem sendo implementado sob arranjos institucionais inovadores em relação ao sistema até então vigente. Esses arranjos envolvem comissões intergovernamentais que, mesmo não estando ainda instituídas em Lei, têm se mostrado estáveis e efetivas no sentido de melhorar a cooperação e diminuir a competição predatória, além de contemplar conselhos e plenárias de saúde, com participação social organizada nos três níveis do Estado brasileiro. Evidente que, como lembra Sabatier (1999), fóruns permanentes e pautados,

em princípio, por aspectos técnicos, tais quais as comissões intergestores, tendem a reforçar as possibilidades de sucesso das políticas públicas.

Esse arranjo institucional é reforçado pela definição e criação nas estruturas dos três níveis de governo de instituições competentes, ou instituições implementadoras, (SMS, SES e MS) e de fundos destinados às políticas de saúde que, a partir da EC 29, passaram a contar com vinculação constitucional de recursos. Isso muito tem contribuído para que o SUS venha tendo o seu planejamento e a sua execução como uma política do Estado brasileiro, nos seus três níveis. Todavia, a gestão tripartite, com participação da comunidade tem se mostrado limitada para concluir a descentralização, fundamentalmente, no que se refere à descentralização dos estados para os municípios. A direção única em cada esfera de governo, conforme o inciso I do artigo 198 da Constituição, não existe, cabendo o questionamento acerca do nível da 'coragem' em se fazer cumprir a Lei, jargão que embalou os debates que resultaram nas regulamentações infralegais de 1993.

Sob outro aspecto, tomando-se o SUS a partir do seu *policy making decision*, como uma arena política, pode-se notar o peso do nível central, o Ministério da Saúde (MS). Esse fato corrobora as teses que apontam o nível central como sendo o responsável pela definição geral das políticas do *welfare* (ABRUCIO, 2004). Mas, sob outro aspecto, revelou a força dos estados e dos segmentos mais bem organizados que conseguiram manter ou conquistaram espaço durante o processo de implementação do SUS. Não há como negar que fenômenos como o estabelecimento de valores diferenciados do PAB fixo e a repartição de recursos considerando as séries históricas, plasmaram as iniquidades e mantiveram o financiamento das estruturas existentes.

Nesse sentido, torna-se importante pensar a forma como a implementação do SUS se deu a partir do nível central: na lógica de incentivos para programas e ações específicas e de tetos e limites para a produção de serviços hospitalares e ambulatoriais. Daí advém as habilitações de estados e municípios às formas de gestão estabelecidas nas normas operacionais e aos incentivos oferecidos pelo MS.

Assim, para além dos sucessos comumente apresentados em relação ao SUS e que dizem respeito ao número de habilitações e ou à inclusão social, três aspectos são centrais para a compreensão do *modus* adotado para a sua implementação: a) a gestão tripartite do sistema, com participação da comunidade; b) as habilitações de estados e

de municípios às regras do SUS; e c) o *mix* e o relacionamento entre o público e o privado no SUS.

Como apresentado adiante, a implementação nem sempre logrou o cumprimento das regras, como no caso da relação entre público e privado. No mesmo sentido, não raro distorceu a pretensão original, como no caso do controle social. Não menos importante é a percepção de que a implementação por meio de habilitações demonstra o peso do *past dependence* e mostra que essa ‘etapa’ – a implementação - de fato inova em relação à formulação.

### **Gestão do SUS: instâncias intergestoras e participação da comunidade**

As Comissões Integestores Bipartites (CIBs) e a Comissão Integestores Tripartite (CIT) foram instituídas com a Norma Operacional Básica (NOB) de 1993, portanto, de forma infra-legal, já que tal norma vem ao mundo jurídico por meio de uma portaria do Ministério da Saúde (MS). As CIBs são estaduais e compostas por representantes do gestor estadual e dos gestores municipais do estado, respectivamente, secretarias estaduais e municipais de saúde. Já a CIT é nacional e é composta por representantes do gestor federal – MS - dos gestores estaduais e dos municipais.

A representação dos municípios nas CIBs se dá por intermédio dos COSEMS (Conselhos de Secretários Municipais de Saúde), que existem em cada estado. Na CIT, essa representação municipal é feita por meio do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e a estadual exercida pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde).

Como se vê, para além das instâncias gestoras em si (CIBs e CIT) há entidades representativas dos gestores estaduais e municipais na arena política em questão, o que ajuda a fortalecer a interação, tanto pela disputa interna quanto pela necessidade de pactos e de acordos para que as posições daí emanadas sejam as mais representativas e legítimas possíveis em relação aos interesses representados.

As deliberações advindas das instâncias intergestoras são responsáveis por grande parte do que é hoje o SUS. Há que se considerar também que as decisões advindas da CIT, inclusive as Normas Operacionais, têm o condão de atingir e dar as diretrizes ao País, ficando, muitas vezes, às CIBs o papel de adaptar a realidade do estado respectivo à norma nacional, sendo comum a crítica de que tais normas não

levam em consideração especificidades locais e regionais. Reitere-se que o MS aparece como sendo o ator com o maior poder de pautar a agenda e de induzir as políticas segundo suas posições, dada a concentração em si da maior parte dos recursos do Sistema.

É forçoso reconhecer que o funcionamento dessas instâncias, inclusive por sua regularidade e pelo significativo grau de respeito às suas decisões, representam também elemento central para a explicação dos sucessos da implementação do SUS. As instâncias intergestoras representam, assim, espaços centrais da arena política do SUS, sendo, pois, influenciados diretamente pela configuração política, partidária e ideológica existente no Brasil. O quadro a seguir mostra a estrutura gestora do SUS, incluindo as entidades representativas de estados e de municípios.

#### **Estrutura Gestora do SUS**

<b>Esfera de Governo</b>	<b>Gestor</b>	<b>Entidade Representativa</b>	<b>Instância Intergestora</b>
Municipal	Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS): um por estado; representa as SMS, inclusive na CIB. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS): representa os interesses das SMS no plano nacional, inclusive na CIT.	
Estadual	Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) – Representa os interesses das SES, inclusive na CIT.	Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – uma por estado. Composta por representantes da SES e das SMS, por meio do COSEMS.
Federal	Ministério da Saúde (MS)		Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – nacional; composta por representantes do MS, das SES, via CONASS, e das SMS, por meio do CONASEMS.

Fonte: Elaboração própria.

Importante frisar que a CIT, não raro, figura como instância recursal para as decisões das CIBs que, por ventura, sejam questionadas por qualquer de seus membros, sendo que habilitações ou desabilitações de estados e de municípios a incentivos ou a modalidades de gestão previstas nas normas passam por ela, em última instância. Uma grande limitação da CIT é que, ao discutir políticas e ações de saúde, só o faz a partir

dos recursos financeiros consignados no orçamento do MS. Em funcionamento desde 1991, antes, pois, de ser prevista pela NOB/93, a CIT só decide por consenso, o que aumenta o poder de veto dos estados e dos municípios, dando mais vigor aos pesos e contrapesos, *check and balances* da arena política.

Assim como na CIT, o processo decisório nas CIB se dá por consenso, visando estimular o debate e a negociação entre as partes. A participação nas reuniões em geral é aberta a todos os secretários municipais e às equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão se limite aos membros formais da comissão. Desta forma, muitas vezes as reuniões da CIB são momentos de intenso debate e interação entre as equipes municipais e destas com a estadual. No mesmo sentido, apresentam a limitação de não pautar o debate com base no total de recursos financeiros do SUS: deliberam fundamentalmente sobre os recursos repassados pelo MS e, raramente, pelos estados a seus municípios, ficando sempre de fora a questão dos gastos municipais.

Nas CIB, apesar de sua composição paritária, as SES, como o MS na CIT, têm maior poder que os municípios. Já a representação municipal integra interesses os mais diversos, desde as diferenças partidárias, às diferenças de interesses entre municípios grandes e pequenos, entre habilitados à gestão plena do sistema e habilitados à gestão da atenção básica, entre regiões diferentes dentro de um mesmo estado e outros. Considerando este problema e face ao grande número de municípios e à diversidade do perfil dos mesmos em alguns estados, um ponto importante para o funcionamento e representatividade das CIB concerne aos critérios adotados pelos COSEMS para definir a representação dos secretários municipais.

Em função das instâncias intergestoras, a noção de *pacto* é muito forte no âmbito do SUS. Um lado positivo é que a interação permanente nesses espaços aproxima os entes federativos, contribuindo para diminuir a fragmentação e a dispersão das políticas de saúde, considerando que são mais de 5.600 gestores responsáveis pelas mesmas. Esses espaços serviram sobremaneira para aplacar a previsão que alguns faziam de que o SUS viveria uma descentralização caótica (Almeida MHT, 1995). Pode-se afirmar sem receio que tais instâncias contribuem consideravelmente para relações federativas mais cooperativas e menos predatórias, mesmo quando sofrem de carências no que diz respeito a sua representatividade quanto aos interesses dos diversos municípios.

Para além dessas instâncias, há que se considerar que a gestão do SUS deve ocorrer tendo presente a participação da comunidade. Fenômeno curioso de notar ocorre aqui: mesmo considerando o processo que levou à positivação desse princípio, esse fato não deixa de revelar a pretensão normativa do direito positivo brasileiro de tornar compulsória a participação da comunidade.

Na prática esse princípio é representado pelo conjunto de conselhos de saúde do Brasil, bem como, pelas conferências de saúde que ocorrem periodicamente nos três níveis de governo. Os conselhos de saúde são compulsórios, são exigidos nas normas e são pré-condição para a integração ao SUS, inclusive para as transferências intergovernamentais de recursos, principalmente, as oriundas da União.

Suas atribuições na política de saúde são amplas, mas definidas e pautadas. Além disso, considerando que os conselhos de saúde são estipulados como órgãos consultivos e deliberativos da gestão nos três níveis de governo, a previsão de sua existência sempre aparece nos organogramas das secretarias de saúde e do Ministério da Saúde. Ou seja, fazem parte da estrutura regimental desses órgãos.

A composição dos conselhos de saúde é estipulada: usuários, profissionais de saúde, prestadores e gestor de saúde. Se não bastasse o eufemismo de o gestor (o Estado) ser membro do que foi estipulado para ser a participação da comunidade, em geral, o mesmo a preside.

No âmbito do SUS, a expressão ‘controle social’ significa essa estrutura que, periodicamente, realiza as conferências de saúde. Controle social, aqui, é tido como o controle da sociedade sobre o Estado, algo desejado a partir de perspectivas democratizantes. Na sociologia e na ciência política, no entanto, o conceito ‘controle social’ está relacionado ao controle do Estado sobre a sociedade, imposto a partir das posições dos grupos dominantes (Bobbio, 2003).

Assim, a mesma expressão ganha um sentido conceitual na sociologia e na ciência política e outro no SUS. No entanto, na prática, o controle social no âmbito do SUS teve o condão de parametrizar a participação da comunidade: estabeleceu o monopólio dos conselhos de saúde para tanto, definindo os limites dessa arena política, sem trazer nenhum novo ator para a mesma. Mesmo a representação dos usuários foi definida de modo a se dar por intermédio de organizações já existentes na sociedade civil.

Ao estabelecer que a participação da comunidade seja compulsória e se dará por meio dos conselhos de saúde, com atribuições definidas, com composição determinada, na qual o gestor (o Estado) não só participa como não raro preside, o Estado, sem dúvida, está se lançando sobre a sociedade para controlar como, quem, quando e onde se dará a sua participação. É o Estado manietando a participação comunitária tal qual almejada pelos baluartes da Reforma Sanitária Brasileira. Esse processo está em perfeita consonância com o conceito de controle social usado na sociologia e na ciência política. Ou seja, o controle social, de fato existente no SUS, acabou sendo o controle estatal sobre a sociedade.

O movimento social que fez o SUS ser instituído não conseguiu impedir que o Estado, a partir da União, estabelecesse parâmetros limitadores à participação da comunidade na gestão do Sistema. Operou-se o que Offe (1984) define como comportamento estrutural do Estado capitalista, segundo o qual esse traz para o seu interior, estabelecendo canais determinados, conflitos que têm o potencial perturbador para o sistema capitalista. É a organização das massas ‘desorientadas’ para evitar possíveis ‘golpismos’ por parte de sindicatos e de outras organizações e movimentos sociais contra a ordem estabelecida.

Assim foi estabelecido o monopólio dos conselhos e das plenárias de saúde, com composição e atribuições definidas, sobre a participação da comunidade. Esse processo pode ser considerado também a partir do que Carvalho (2004) chama de ‘estadania’: uma cidadania regulada segundo os moldes e os interesses dos detentores do poder estatal. Não é razoável esperar que o Estado proponha medidas orientadas no sentido de diminuir seu poder, sua discricionariedade em relação ao manuseio dos recursos públicos.

A obrigatoriedade da existência da participação comunitária via conselhos de saúde levou à estruturação dos mesmos em praticamente todos os entes da federação brasileira. Só em 15 municípios ainda não habilitados em nenhuma forma de gestão do Sistema<sup>1</sup> é possível a não existência de conselhos de saúde. Seria interessante, entretanto, verificar se essas entidades atuam, ainda que conforme as normas, ou se são obras ‘cartoriais’, fictícias, feitas para cumprir requisitos formais, sob domínio, mando e escolha dos membros pelo gestor. Confesso não ser tão animador o que pude observar

---

<sup>1</sup> Fonte: Núcleo de Acompanhamento a Estados e Municípios da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, fevereiro de 2005.

acerca desse ponto quando de minha passagem pela Secretaria de Gestão Participativa, do Ministério da Saúde<sup>2</sup>.

### **Incentivos, habilitações e divisão de responsabilidades: o cerne do modelo *top down* de implementação do SUS**

Sob um primeiro ângulo, não deixa de ser curioso o fato de que as regras de habilitação serviram para que os municípios e os estados exercessem autonomias e faculdades que lhe são conferidas pelo pacto federativo atual e decidissem aceitar as regras do Sistema. A habilitação significou manifestação de adesão do respectivo ente às regras e compromissos para com as políticas de saúde do SUS.

Em segundo lugar, é forçoso reconhecer o sucesso do processo de habilitação tendo em mente que esse meio é *conditio sine qua non* para que estados e municípios tenham acesso aos recursos consignados no orçamento do Ministério da Saúde (MS). Considerando que este montante é muito significativo, ainda passa de 50% do total do gasto público em saúde (SIOPS, 2004), é grande o poder de indução do nível central. Julgo esse fato fundamental para o que se pode considerar sucesso do processo de descentralização das políticas de saúde, principalmente, quando traduzido como processo de habilitação.

Não é exagero dizer que não houve escolha senão a atual quase unânime adesão e habilitação dos estados e municípios às regras de funcionamento do SUS, uma vez que os entes federativos estavam recebendo responsabilidades constitucionais para com a saúde e precisavam de recursos da União. Por sua vez, a União se via obrigada a dividir os recursos, pois deixava de ser uma prestadora de serviços de saúde no sentido estrito.

Em dezembro de 2001, somente 23 municípios não estavam habilitados ao SUS. Já os estados em sua totalidade sempre seguiram as regras de funcionamento e de gestão e conduziram as ações do SUS, mesmo com o também interessante fato de terem uma 'habilitação tardia'. Na mesma data, dezembro de 2001, 15 estados não eram

---

<sup>2</sup> Fui Coordenador-Geral de Estudos, Pesquisas e Atendimento ao Usuário, do Departamento de Ouvidoria do SUS, da Secretaria de Gestão Participativa, do Ministério da Saúde no ano de 2003.

habilitados a nenhuma forma de gestão prevista<sup>3</sup>, o que não os impedia de receber repasses do MS, participar da gestão do SUS e ajudar a definir suas normas via CIT.

As *habilitações* representam um traço importante para o propalado sucesso do funcionamento do SUS, pois suas políticas e ações, de fato, constituíram-se em âmbito nacional e alcançam os quatro cantos do País. Não resta dúvida de que o processo de habilitação contribuiu imensamente para esse sucesso. Chega ser importante destacar que tal movimento ajudou a induzir, também, a criação de secretarias de saúde nas estruturas dos governos de todos os estados e municípios do País. Assim a descentralização com indução atingiu também as estruturas institucionais dos demais entes federativos. Permanece, no entanto, o desafio de respeitar a diversidade e agir para a correção das desigualdades regionais históricas. As políticas de saúde, por si só, não darão conta de resolver, mas podem contribuir significativamente.

Cabe ratificar uma divisão sobremaneira importante no que se costumou chamar *habilitação*. Primeiro, para esclarecer que existiu a habilitação das secretarias estaduais e municipais de saúde a uma das formas de gestão estabelecidas; segundo, que a estratégia de indução privilegiada para uniformizar as ações de saúde criou os chamados incentivos variáveis, aos quais os entes federativos, fundamentalmente, os municípios, podem habilitar-se. Alguns chamam este último processo de *qualificação*, o que descarto para simplificar a compreensão.

Após muitas idas, vindas e mudanças com a edição de uma seqüência de Normas Operacionais, vigoraram, segundo os termos da NOAS/02, para os estados, a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual e, para os municípios, a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal. Isso para usar as definições trazidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/02), sendo importante lembrar que 3.552 municípios não se habilitaram a essa norma<sup>4</sup>, continuando habilitados nos termos da NOB/96 que, em termos de nomenclatura, diferencia-se apenas por não ter ‘ampliado’ o Piso da Atenção da Básica. Em relação aos estados, incluindo aí Distrito Federal, todos estão adequados aos termos da NOAS.

### **Modalidades de gestão definidas nas Normas Operacionais –1991 a 2002**

---

<sup>3</sup> Fonte: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, dezembro de 2001.

<sup>4</sup> Fonte: Núcleo de Acompanhamento a Estados e Municípios, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, fevereiro de 2005.

<b>Norma Vigente</b>	<b>Gestão municipal</b>	<b>Gestão estadual</b>
NOB 01/91 e 01/ 92	Não definiu mecanismos de habilitação	Não definiu mecanismos de habilitação
NOB/93	Incipiente Parcial Semiplena	Parcial Semiplena
NOB/96	Plena da Atenção Básica Plena do Sistema Municipal	Avançada do Sistema Estadual Plena do Sistema Estadual
NOAS/01 e 02	Plena da Atenção Básica Ampliada Plena do Sistema Municipal	Avançada do Sistema Estadual Plena do Sistema Estadual

Fonte: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

A cada uma das modalidades de gestão correspondeu um rol de prerrogativas e de responsabilidades diferenciadas, sendo evidente a procura, nem sempre frutífera, pela não concorrência de atribuições entre estados e municípios. O quadro a seguir representa uma consolidação analítica dos principais papéis previstos nas Normas Operacionais do SUS para cada um de seus níveis de gestão, mas deve ser lido como uma situação ‘ideal’, inexistente, pois, na prática.

#### **Resumo das funções gestoras dos SUS**

<b>Nível de Gestão</b>	<b>Formulação de Políticas e Planejamento</b>	<b>Financiamento</b>	<b>Coordenação, Regulação e Avaliação</b>	<b>Prestação direta de serviços</b>
<b>FEDERAL</b> Ministério da Saúde (MS)	identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional; papel estratégico e normativo; manter unicidade, respeitando a diversidade; busca da equidade; apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e práticas inovadoras de gestão estadual e municipal	peso importante dos recursos federais; papel redistributivo; busca da equidade na alocação; definição de prioridades nacionais e critérios de alocação entre áreas e estados	coordenação e regulação de sistemas estaduais; apoio à articulação interestadua; normas de orientação quanto à regulação de sistemas; avaliação do desempenho dos sistemas estaduais; avaliação dos resultados das políticas nacionais	em caráter de exceção; em áreas/ações estratégicas

<p><b>ESTADUAL</b> Secretarias Estaduais de Saúde (SES)</p>	<p>identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual; promoção da regionalização; estímulo à programação integrada; apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das SMS</p>	<p>definição de prioridades estaduais; garantia de alocação de recursos próprios; definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios</p>	<p>coordenação e regulação de sistemas municipais; apoio à articulação intermunicipal; coordenação da Programação Pactuada Integrada (PPI) no estado; implantação de mecanismos de regulação (centrais); avaliação do desempenho dos sistemas municipais; avaliação dos resultados das políticas estaduais</p>	<p>em caráter de exceção; em áreas estratégicas serviços de referência estadual/regional; em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal</p>
<p><b>MUNICIPAL</b> Secretarias Municipais de Saúde (SMS)</p>	<p>identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal; planejamento de ações e serviços necessários; organização da oferta de serviços públicos e contratação de privados (caso necessário)</p>	<p>garantia de aplicação de recursos próprios; critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais</p>	<p>organização das portas de entrada do sistema; estabelecimento de fluxos de referência; integração da rede de serviços; articulação com outros municípios para referências; regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados; avaliação dos resultados das políticas municipais</p>	<p>peso importante na execução de ações /prestação direta de serviços; gerência de unidades de saúde; contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde</p>

Fonte: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

Tanto para a habilitação numa das formas de gestão, quanto nos incentivos variáveis, foram estabelecidos critérios a serem cumpridos e responsabilidades a serem assumidas, além da necessidade de aprovação pelas instâncias gestoras, comentadas

anteriormente. Nos dois casos, passam também a fazer *jus* a um montante de recursos consignados no orçamento do MS. É por isso, aliás, que até hoje é comum se fazer referência a tais recursos como ‘os recursos do SUS’, quando na verdade, fundamentalmente, após serem guindados à regra constitucional os preceitos da Emenda 29, os recursos do SUS significam a somatória do gasto com ações e serviços de saúde nos três níveis de governo.

De qualquer forma, os recursos financeiros do MS ainda representam mais da metade dos gastos do SUS, o que demonstra sua grande importância e seu poder de indução, assinalando como fator chave para o sucesso da forma como ocorre a gestão descentralizada do Sistema.

Quando se habilitaram numa das formas de gestão, as secretarias estaduais e municipais de saúde assumiram atribuições distintas para com a operacionalização das políticas de saúde, sendo que as segundas são idealmente as responsáveis pela prestação direta de todos os serviços públicos de saúde existentes em seu território. Mesmo no caso das unidades de saúde dos outros níveis de governo, as secretarias municipais de saúde deveriam assumir o controle do planejamento e da oferta de todas as ações e serviços públicos de saúde prestados à população em seu território. A essa situação dar-se-ia o nome de ‘gestão plena do sistema municipal’.

Considerando as 430 habilitações de acordo com a NOB e as 227 com a NOAS, somente 657 secretarias municipais de saúde estão em gestão plena do sistema, sendo que muitas dessas ainda não são responsáveis pela totalidade da prestação direta de todas as ações e serviços de saúde. Basta tomar como exemplo o caso da cidade do Rio de Janeiro onde existem serviços hospitalares federais, estaduais e municipais ainda em funcionamento, estando a Secretaria Municipal de Saúde está habilitada em gestão plena do sistema. Nesse caso, o preceito do comando único não é respeitado, pois, não se efetivou a direção única em cada nível de governo, como manda a Constituição. As atribuições de cada nível de governo foram estabelecidas com clareza. Expressou-se isso nas normas, mas o que foi acordado e regulamentado não se cumpriu totalmente.

Como incentivo e apoio para o cumprimento das responsabilidades assumidas, ao se habilitarem em qualquer das modalidades de gestão, estados e municípios recebem recursos do MS fundamentalmente calculados com base na população e na rede instalada. São montantes conhecidos como pisos e tetos e que representam a

parcela que o MS alocará para a consecução de ações e de serviços de saúde, não significando sempre que tais recursos cubram a totalidade dos custos.

Além de outros, merece destaque o Piso da Atenção Básica Ampliada (PAB-A) composto por transferências para um conjunto de ações básicas de saúde, e os tetos para a produção de serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade. Os primeiros são recebidos quase que exclusivamente por municípios e representam um *quantum* global que varia, fundamentalmente, pelo corte populacional, ou seja, *per capita*. Já os tetos obedecem à lógica de remuneração da produção histórica de procedimentos, ou seja, da capacidade instalada e, em grande medida, são captados pelas secretarias estaduais, que se mantêm como principais responsáveis pela prestação dos serviços de alto custo, como os hospitalares.

Um município habilitado em gestão plena da atenção básica só pode ser responsabilizado nesse nível de atenção à saúde, desincumbindo-se da obrigação pelas ações de média e alta complexidade. Receberá do MS, por isso, somente as transferências decorrentes do PAB. Os recursos do MS para os serviços de média e alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares, por ventura, prestados à população desse município, serão repassados ao gestor estadual. Somente na habilitação do município em gestão plena do sistema municipal é que tais recursos seriam transferidos à sua gestão.

Há também os incentivos variáveis, como o chamado 'PAB-variável'. A lógica é muito simples: para receber recursos do MS para implantar o PACS, o PSF etc, devem ser seguidos parâmetros e critérios estabelecidos e habilitar a secretaria de saúde ao programa. Assim, o município passa a receber transferências regulares e automáticas para serem empregadas especificamente em cada programa para os quais estiver habilitado.

São, sem dúvida, responsáveis pela indução de programas específicos, com características assemelhadas em todo o País. Principiando pelos incentivos transferidos mediante o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de Saúde da Família (PSF), da Farmácia Básica e de Controle das Carências Nutricionais, os incentivos variáveis, a partir de 1998, alastraram-se como fogo em rastro de pólvora. Alguns passaram a receber baixa adesão e demonstraram o excessivo uso do expediente do incentivo. A questão é que o costume pode gerar a inação dos estados e dos municípios

à espera de incentivos da União que, quando são baixos, nem sempre recebem adesão e levam ao fracasso ou à lentidão na implementação e na gestão do programa.<sup>5</sup>

Com o passar do tempo, tais incentivos geraram atividades permanentes nos municípios. Na verdade, essa agenda formulada e imposta em grande medida pelo MS, que detém a maior parcela do poder de induzir, ou seja, o maior orçamento. Fundamentalmente, para as secretarias municipais de saúde, tais programas representam uma considerável diminuição na sua margem de manobra para adotar políticas e programas de saúde ‘autônomos’ que não encontrem guarida na agenda central.

Poder-se-ia recorrer a esse mecanismo com mais parcimônia, mas é inarredável o reconhecimento de que o mesmo foi e é fundamental para a indução direta e a padronização de determinadas ações, serviços e estratégias. É oportuno frisar também que os programas por trás de tais incentivos podem ainda ser mais bem monitorados de modo a permitir avaliar, por exemplo, os impactos das estratégias adotadas.

Considerando-se que condições administrativas mínimas nos níveis locais seriam fator importante para o sucesso das políticas de descentralização (ABRUCIO, 2004), percebe-se o quanto foi importante a instituição do Piso de Atenção Básica (PAB), tanto em sua parte fixa como na variável, visando a dar condições mínimas às municipalidades para desenvolverem serviços de saúde. Em muitos casos, essas transferências figuram entre as principais fontes de arrecadação e captação de recursos financeiros.

Os municípios, na qualidade de entes federativos, podem aderir ou não a uma das formas de gestão e mesmo se habilitarem aos incentivos PAB-variável. Só recentemente, por portaria do MS, as ações cobertas pelo PAB-fixo se tornaram de responsabilidade explícita e direta dos municípios, independentemente, de sua habilitação ou condição de gestão, nos termos das normas reitoras do SUS. (Portaria GM/MS 2023/04)

Mesmo diante das autonomias federativas, no entanto, a adesão aos programas e às ações patrocinadas pelo MS é considerada um dos grandes sucessos apontados no SUS. Ou seja, diante da indução direta por meio de incentivos, ainda mais considerando as carências da imensa maioria dos municípios, poucas alternativas restam que não seja

---

<sup>5</sup> Vem se buscando no SUS a superação dessa situação. Cabe, por exemplo, aguardar os efeitos da Portaria MS 204/2007, que trata dos blocos de financiamento.

a adesão. Evidente que o sucesso de programas nacionais tem o condão de contribuir para a padronização plasmadora da política em todo o território.

Em verdade, o PAB e seus incentivos impõem uma lógica determinada de funcionamento ao SUS de difícil reversão, principalmente, pelos altos custos que significaria qualquer mudança na forma como está estruturado. Importante notar, nesse sentido, que para o MS, com o sucesso de seus programas de adesão voluntária, incluídos no PAB, como é o caso do próprio Programa Saúde da Família, é imposto um “engessamento” de fatias crescentes de seus recursos orçamentários. Em resumo, tanto para os municípios quanto para a União o PAB representa uma atividade sobre a qual é pequena a margem de manobra, cabendo-lhes, independentemente dos governos, garantir a sua continuidade.

Pode-se dizer, assim, que o PAB contribui para que os serviços de saúde caminhem no sentido de se tornarem mais estáveis, além de padronizados, o que é desejável estar presente numa política de Estado. O PAB, aliás, dá o substrato de um *modus operandi* no relacionamento intergovernamental que tem como cerne uma lógica embalada pela tentativa de captar recursos para finalidades determinadas, já que a lógica do incentivo passou tanto a balizar as ações do MS como a nortear as expectativas dos níveis federativos.

Para além do PAB fixo e dos incentivos variáveis, há mais de uma dezena de programas do MS, em todos os níveis de complexidade e em áreas que vão de capacitação de recursos humanos a investimentos, passíveis de captação por adesão para finalidades determinadas. Além, claro, dos convênios firmados pelo MS que mereceriam capítulo a parte, caso se quisesse discutir aspectos que dão grande poder ao MS.

Um problema advindo da operacionalização do SUS na lógica PAB diz respeito ao obscurecimento acerca do papel do nível estadual na área da saúde, já que a relação intergovernamental mais forte é a estabelecida diretamente entre a União e os Municípios. Esse tema, que poderia até ser apresentado como parte do esvaziamento do ‘federalismo estadualista’ (ABRUCIO, 2004), vem sendo relativamente bem tratado na literatura e, em certo sentido, enfrentado na prática, o que pode ser aferido com a habilitação do total dos estados nos termos das NOAS, o que lhes permite operar inclusive os recursos financeiros referentes aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

Esse processo, é verdade, desferiu o duro golpe no fantasma inampiano que ainda há pouco fazia com que grande parte dos recursos assistenciais do MS, mais de 60% de seu orçamento (OGU, 2002), fossem executados diretamente. Ou melhor, tais recursos somente eram transferidos para estados e municípios mediante a apresentação da fatura, sujeita à conferência e glosas, dos procedimentos realizados, o que fazia com que esses entes federativos parecessem autarquias da União; uma espécie de “descentralização autárquica” (MENDES, 2001). Mesmo assim, remanescem os estados como os grandes centralizadores dos recursos destinados à prestação direta de serviços de saúde (SIOPS, 2004), fundamentalmente, os de média e alta complexidade, os quais deveriam estar sob mando dos municípios.

A remuneração por serviços produzidos, que vigorou por muito tempo, além de transformar estados e municípios em pseudo-autarquias da União, contribuiu para manter as disparidades regionais à medida que dizia respeito à capacidade instalada. *Malgré tous*, mesmo mecanismos como o PAB não tem o condão de reduzir tais disparidades, corroborando para a manutenção do *status quo* e, quiçá, para a reprodução das situações de iniquidades (SIA/SIH, 2004).

Por um lado, mesmo sua parte fixa tem um aporte *per capita* que, em 2002, variava entre R\$ 13,00 e R\$ 19,00 habitante/ano. Há municípios que recebiam do MS R\$ 13,00 por habitante/ano ao passo que outros R\$ 19,00, sendo que estes últimos são os que têm rendas mais privilegiadas. Acordos políticos da época da instituição do PAB explicam essa configuração. Mesmo um valor único *per capita* não combateria as disparidades, pois para isso as regiões e municípios mais pobres necessitam de maiores dotações proporcionais. Isso sem contar o fato de os serviços se tornarem mais caros, inclusive pela escala de produção, em regiões de baixa densidade populacional.

Mais grave, no entanto, é quando a essa situação é somado o fato de nem todos os municípios captarem os incentivos variáveis. A experiência tem mostrado o seguinte: os municípios mais organizados conseguem captar, senão todos, pelo menos uma ampla gama de incentivos para os mais diversos programas, incluindo os que estão fora do PAB. Enquanto isso, os menos organizados, em geral mais carentes administrativamente, não conseguem fazer tal captação, o que exclui suas respectivas populações dos benefícios e dos avanços proporcionados por muitos programas e ações do MS, cujo financiamento é condicionado à apresentação do pleito e ao cumprimento de requisitos. A disparidade aumenta. Pensando o desafio da coordenação federativa,

papel que pode ser melhor exercido pela União (ABRUCIO, 2004), o MS tem o desafio de atentar e de combater as disparidades regionais em suas ações. Ainda que se considere que as políticas de saúde, por si só, não são suficientes para tanto, elas, mais uma vez, podem contribuir significativamente com tal intento.

Para pensar o processo de implementação do SUS, cujo ponto nevrálgico encontra-se na descentralização, é necessário um olhar que extrapole as fronteiras das políticas de saúde. O caminho trilhado e os arranjos encontrados não podem ser entendidos se não a partir de uma abordagem que permita considerar a ‘dependência para com o passado’, bem como os fatores conjunturais e estruturais da realidade social atual. Esses elementos se não puderem ser tidos como determinantes, ao menos figuram como fortes condicionantes do processo vivido.

A própria instituição do SUS já revela elementos de orientações políticas e ideológicas que há algum tempo vinham sendo gestados na dinâmica da sociedade e que conseguiram se impor na Constituição de 1988. Não se pode, pois, deixar de considerar o que significou o Movimento Sanitarista, inclusive, para entendê-lo inserido numa disputa em torno de projetos e concepções de Estado e de sistema político presente durante a ditadura militar no Brasil.

A Constituinte objetivou, entre outras questões, superar um regime que primava historicamente pela centralização. No contexto de efervescência dos movimentos sociais no Brasil as lutas eram embaladas pelo questionamento da tendência à centralização. Operou-se certo consenso sobre a necessidade de descentralização, sendo afinal uma das diretrizes nevrálgicas para as políticas públicas na Constituição: a ‘esquerda’ política via a descentralização como possibilidade de aumento e melhoria da democracia; já a ‘direita’ a pensava como possibilidade de tornar os gastos mais eficientes. Nesse sentido, Almeida destaca que a democratização e a crise fiscal constituem os dois grandes condicionantes da transformação do sistema federativo brasileiro, da qual a redefinição das competências e atribuições na área social é apenas um capítulo (Almeida, MHT, 1995).

A forma que os atores estatais encontraram para pôr em prática as determinações constitucionais do SUS também revelam elementos explicativos importantes da conjuntura de então: grande centralização na União, determinação constitucional de descentralização para os estados e, fundamentalmente, para os municípios. Esses, por sua vez, em termos absolutos, na sua grande maioria estava (ou está) despreparada para

assumir a gestão das políticas de saúde. Acrescente-se a isso o poder de veto dos governadores, que chegaram a ser chamados de ‘barões da federação’ (ABRUCIO, 1994). Estava, pois, em discussão: a) a descentralização a partir da União, pois era a grande centralizadora dos recursos; b) a incapacidade dos municípios para assumir total e imediatamente as responsabilidades estipuladas; e c) o poder de veto dos estados.

Não é em vão que foram instituídas modalidades de gestão para permitir a estados e a municípios a assunção total ou parcial da responsabilidade pelos serviços e ações de saúde, mesmo a Constituição determinando a direção única em cada esfera de governo e incumbindo os municípios pela prestação direta de tais serviços. Também não é sem propósito que os estados, mesmo participando das pactuações e das definições das regras do jogo, tiveram um processo de habilitação tardia, uma vez que em dezembro de 2001 ainda havia 15 estados não habilitados a qualquer forma de gestão.

No mesmo sentido, é no momento de operacionalizar os dispositivos constitucionais relativos à descentralização, fundamentalmente a partir de 1991, quando a CIT começou a funcionar, que apareceu o ‘costume’ de somente serem discutidos e pactuados os arranjos para a descentralização dos recursos da União, consignados no orçamento do MS. Esse costume continua praticamente intacto e ainda dá o sustentáculo, a motivação central para o funcionamento das CIB e da CIT.

Esse fato influenciou fortemente a instituição da descentralização por meio de incentivos verticais. Ou seja, os recursos orçamentários do MS foram aos poucos sendo colocados sob gestão dos estados e dos municípios, todavia, para finalidades determinadas, específicas. Essa situação não só permanece até os dias atuais, como criou uma lógica de funcionamento do Sistema: quase todas as políticas pensadas para o plano nacional são acompanhadas por algum incentivo adotado pelo MS para induzi-las; isso é almejado pelos estados e municípios para executá-las.

Diante dessa situação e passados mais de 10 anos da edição da NOB/93, é imperioso o reconhecimento de que o modelo de implementação do SUS, não obstante o papel das bases no momento de sua formulação pode ser tido como do tipo *top down*: regras, programas, parâmetros etc, nacionais sendo baixados e cumpridos pelos entes subnacionais. Evidente que esse processo foi resultado da correlação de forças entre coalizões que se formaram no âmbito do Sistema, conforme aduz Sabatier (1993).

Cabe destacar que, com base no caso estudado, esse modelo de implementação, mesmo sendo acusado de menos democrático, pode ser benéfico à população. Principalmente, quando as instituições implementadoras são dotadas de baixa capacidade de implementação. Os programas nacionais e a ação federal são fundamentais para muitos dos avanços na situação sanitária local.

### **PARTE III: CAMINHOS E DESCAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DO SUS EM RONDÔNIA**

#### **Considerações sobre a história de Rondônia**

Escrever uma tese sobre a implementação do SUS em Rondônia (RO), dada a sua história, envolve enorme responsabilidade e exige uma boa dose de cuidado. Ainda mais em se tratando de um período recente, em que muitos dos atores envolvidos no processo estudado continuam em atividade nas arenas políticas. Trata-se de um estudo de processo, como não podia deixar de ser, o que evidencia que existem transformações, indica um movimento inacabado, pois os fenômenos estudados num determinado período sempre tomarão novas faces e contornos no futuro.

Estado que, em geral, passa despercebido no cenário nacional, RO revela preciosos elementos para que se possam compreender facetas do processo de implementação das políticas públicas. Revela também aspectos da intervenção da União no âmbito do território nacional, já que foi esta deliberadamente que criou o Território Federal do Guaporé (1943) que passou depois a se chamar Território Federal de Rondônia (1956). Mesmo a transformação do Território em Estado (1982) teve a ação e o interesse direto da União.

A porção de terra que forma o Estado foi retirada tanto do Estado do Amazonas, quanto do Mato Grosso. Daí que partes de seu território são tipicamente amazônicas e partes, a partir da Serra dos Paccás, fazendo a transição para o cerrado da região centro-oeste.

Rondônia faz parte da Amazônia Legal. Todavia, não guarda muitas semelhanças com os cenários de densas florestas, rios torrentes e grandes distâncias, comumente relacionados à Região. Em verdade, ao se observar mais de perto se percebe que existem várias Amazônia dentro da Amazônia Legal. Os cenários comumente apresentados, típicos da parte norte da Amazônia, escondem o que vem ocorrendo no sul dessa Região e também os diversos biomas existentes, como os do cerrado e das regiões pantaneiras, em processo acelerado de ocupação e degradação. A cobertura florestal em Rondônia caiu drasticamente quando comparada a estados como o Acre. Um terço das florestas já foi devastado e, mesmo nas áreas de proteção ambiental e reservas, a degradação está bem acima da média da Região Amazônica (INPE, 2000)

A Rodovia, a BR 364 – Cuiabá/Rio Branco cruza o estado em toda a sua extensão. Percorre um trajeto muito diferente do imaginado para a Estrada de Ferro Madeira Mamoré, pois passa no centro do território, dividindo-o ao meio e melhorando a comunicação interna e externa. Não obstante serem muitos os problemas e dificuldades de acesso a alguns serviços, como os de saúde, impostas pela precariedade das estradas, o Estado não pode ser comparado com outros da Região. Sobretudo com aqueles em que existem muitas localidades cujos únicos acessos se dão por meio de longas viagens por água ou por ar, quadro que é agravado em circunstâncias como a cheia ou a seca dos rios, provocando a incomunicabilidade. Em Rondônia não existe essa situação.

A ocupação do território que hoje representa as fronteiras de RO revela aspectos fundamentais para compreender a formação da sociedade local, suas classes e suas elites que, em geral, ocupam os mais importantes espaços institucionais. Mostra também a ação do Estado, principalmente, da União, objetivando colonizar esse território e realizando um mau governo na floresta. O processo de colonização foi acompanhado pela imperícia estatal em coibir a ocupação e a exploração desordenada, sendo que os conflitos fundiários ou em torno de recursos naturais estão no cerne de uma crise política permanente, às vezes latente, outras vezes aparecendo de forma manifesta por meio de massacres, chacinas e assassinatos. Assim, considero oportuna uma rápida digressão sobre a história da ocupação do território que veio a se transformar no Estado de Rondônia, objetivando dar vida aos números populacionais por meio da caracterização dos grupos que formam sua sociedade.

Data de 1723 a instalação de um posto missionário da igreja católica numa localidade remota do Estado do Mato Grosso. Também do século XVIII é a presença militar na região e a construção do Forte Príncipe da Beira, a noroeste de Cuiabá, para defender a divisa do País, tendo em vista o Tratado de Madrid que deu os parâmetros da divisão da América Espanhola e do Brasil.

Todavia, o início do processo de ocupação do território se dá com a intenção precípua de estabelecer um caminho ligando Cuiabá a Manaus. Ferreira (2005) faz minuciosa e importante reconstituição histórica e jornalística desse processo. Tamanho era o interesse em construir essa rota que também a Bolívia a almejava e teve papel importante nessa empreitada. Empreitada que custou muitas vidas. O principal desafio para o estabelecimento dessa rota: o trecho encachoeirado do Rio Madeira. Esse trecho

foi o responsável por grande parte dos esforços que levaram o colonizador àquelas paragens, tomando-as dos povos indígenas que lá existiam.

Esse trecho impedia a navegação, obrigando que se retirassem as embarcações da água, transportassem-nas por terra, para depois colocá-las novamente no Rio. Tudo era muito custoso tanto em termos de tempo como de perdas materiais e humanas. Além disso, o contexto boliviano de conflito com o Chile, impelia esse país a interessar-se fortemente por uma saída para o Oceano Atlântico, objetivando viabilizar suas exportações e importações, principalmente, nas relações com a Europa. Não tardou o surgimento da idéia de construir uma ferrovia, tendo início uma fantástica história envolvendo a ação direta da União e a efetiva ocupação do território. Ocupação essa ainda fortemente marcada por uma mentalidade medieval em relação às florestas.

Na Idade Média e na ‘literatura da evasão’, em geral, a floresta aparecia como o lugar da solidão e do sofrimento. Por ela somente passavam os errantes, os foras da lei, os que se julgavam mágicos, já que se acreditava que nela viviam magos, bruxas, duendes, monstros, ogros e toda sorte de representação do desconhecido, provocando medo que era impulsionado pelas trevas dogmáticas da Igreja Católica. O mistério e o perigo eram a alma da floresta.

Ainda com essa mentalidade fortemente arraigada é que se iniciam as grandes navegações e as grandes ‘descobertas’ colonizadoras de terras. No caso do Brasil, terras repletas de florestas. Na colonização do litoral do País, muito desse medo dissolveu-se ante as facilidades apresentadas ao colonizador pelo ‘bom selvagem’. Todavia, as bandeiras e outras expedições de colonização ao interior eram imersas no temor do desconhecido e do mistério das florestas.

Essa mítica guarda semelhanças em relação à ocupação do território que forma RO. O medo era tanto que as primeiras tentativas de efetiva colonização fracassaram pela fuga – literalmente falando – do local pelos que conseguiam sobreviver. Em verdade, entretanto, os monstros que mais aterrorizavam o imaginário dos desbravadores, para além dos ‘gentios’ (ou indígenas) não passavam de mosquitos. Com todas as condições favoráveis a si e desfavoráveis ao colonizador, esses insetos eram os maiores portadores das mortes e das alucinadas morbidades.

A história do Estado de RO é fortemente marcada pela construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré e pela denominada ‘Comissão Rondon’ que, do sul para o norte, trabalhou na construção de linhas telegráficas que cortaram o Estado.

Em 1892, o governo republicano, preocupado com o grande isolamento das regiões mais ocidentais do país, particularmente nas fronteiras com o Paraguai e a Bolívia, decidiu construir linhas telegráficas que melhorassem as comunicações com o centro-oeste e o longínquo norte. Foi então designada a Comissão de Construção da linha telegráfica que ligaria Mato Grosso e Goiás, chefiada por Cândido Mariano da Silva Rondon, que depois ficou conhecido como Marechal Rondon. Em sua homenagem, seu nome foi dado ao futuro Estado de Rondônia.

Todd Diacon, autor de *Rondon – O Marechal da Floresta* (Diacon, 2006), indica que a inspiração desse desbravador tinha sua base no positivismo, na idéia de melhorar o País por meio da ciência e das conquistas da civilização. Com essas premissas, o objetivo central era levar tais conquistas às florestas. De fato, o positivismo era a inspiração central dos militares recém-chegados ao Poder, com o advento da República.

Marechal Rondon foi um dos mais importantes sertanistas que adentraram a Região Centro-Oeste e Norte do País, abrindo caminhos, construindo linhas telegráficas, registrando a topografia e os rios encontrados, estudando a flora e a fauna. Os registros dão conta das tentativas, quase sempre exitosas, de estabelecer relações amistosas com povos indígenas. Ainda que esta estratégia seja comumente acusada de aculturação, o que não deixa de ser verdadeiro, não resta dúvida que é bem menos pior que a outra opção utilizada à época: o extermínio das comunidades indígenas hostis. (Diacon, 2006)

Um dos mais famosos lemas de Rondon foi: ‘morrer se for preciso, matar jamais!’ As ações pacíficas permitiram que suas missões fossem realizadas sem combates fratricidas e sem se transformarem em genocídios. Entre outras nações indígenas, Rondon manteve contatos pacíficos com os Bororo, Nhambiquara, Urupá, Jaru, Karipuna, Ariqueme, Boca Negra, Pacaás Novo, Macuporé, Guaraya, e Macurape.

Foi instituída pelo Governo Federal em 1907 a ‘Comissão Rondon’ com o objetivo de construir a linha telegráfica de Cuiabá a Santo Antônio do Madeira, a primeira a alcançar a região amazônica. Seus trabalhos desenvolveram-se entre 1907 e 1915. Assim, simultaneamente aconteciam dois dos fatos mais importantes para o conhecimento e ocupação do espaço físico que hoje constitui o Estado de Rondônia: a construção da Estrada de Ferro Madeira Mamoré (1907 e 1912) e a linha do telégrafo no sentido sul-norte. Cabe destacar que, de maio de 1913 a maio de 1914, Rondon participou da denominada expedição Roosevelt-Rondon, junto com o ex-presidente dos Estados Unidos da América, Theodore Roosevelt.

Em 12 de outubro de 1911, Rondon inaugurou a estação telegráfica de Vilhena, na fronteira dos atuais estados de Mato Grosso e Rondônia. Em 13 de junho de 1912, outra estação telegráfica, a 80 km ao norte de Vilhena, que recebeu seu nome. Durante o ano de 1914, a Comissão Rondon construiu 372 km de linhas e cinco estações telegráficas: Pimenta Bueno, Presidente Hermes, Presidente Pena (mais tarde Vila de Rondônia, atualmente Ji Paraná), Jaru e Ariquemes (a 200 km de Porto Velho). Em 1º de janeiro de 1915, inaugurou a estação telegráfica de Santo Antônio do Madeira, concluindo a missão que lhe fora conferida.

Sob outro aspecto, a construção da ferrovia, que Ferreira (2005) sintomaticamente chamou 'A Ferrovia do Diabo', é um episódio triste na história brasileira, tanto pelo desperdício de enormes somas de recursos públicos, perdas de muitas vidas, quanto pelas manipulações em prol de interesses de grupos econômicos, principalmente, ingleses e estadunidenses. Sem dúvida, o início dessa construção é também o termo inicial do mau governo no Estado.

EUA e Inglaterra foram os responsáveis tanto pelos empréstimos que financiaram a obra ferroviária, quanto pela fabricação das peças de metal e das máquinas empregadas no processo. Tudo foi importado, incluindo boa parte dos trabalhadores já que chegaram grandes contingentes de espanhóis, alemães, italianos, barbadenses, antilhanos, árabes, gregos, bolivianos, peruanos, além, é claro, de ingleses e estadunidenses que, ao fim e ao cabo, foram os responsáveis pela organização e direção dos trabalhos e pela prestação de serviços médicos. Censo populacional publicado em 1917 mostrou que Porto Velho tinha 1.133 habitantes brasileiros e 712 estrangeiros (Menezes, 1999:31)

Data de 1878 a primeira tentativa de se construir a Ferrovia levada a cabo por uma empresa estadunidense chamada P & T Collins, financiada com capital inglês. Tamanhas e tão mortais foram as desventuras que a empresa, com poucos meses de trabalho, abandonou no meio da floresta tudo quanto não pode levar, como casas, máquinas e trilhos, e bateu em retirada, acumulando imensos prejuízos. Ferreira (2005) relata os dramáticos episódios dessa tentativa, mas assinala que as doenças, como a malária, constituíram o obstáculo intransponível. Ferreira (2005) assinala que um trabalhador em tais circunstâncias não tinha vida útil superior a três meses.

Depois dessa tentativa inicial que trouxe consideráveis prejuízos ao erário brasileiro, entra em cena, por volta de 1905, um empresário estadunidense chamado

Percival Farquhar que levaria a cabo a obra da Ferrovia. Tantas e tamanhas foram as irregularidades, as suspeitas e as confusões que pairaram sobre essa obra que em 1931 a União revogou a concessão à empresa Madeira Mamoré Railway, de Percival Farquhar, pagou as dívidas ainda da época da construção (1907-1913) e assumiu a gerência da empresa.

Uma conjunção de fatores levou a Ferrovia à decrepitude ainda no início de sua operação. Todavia, dois pontos foram centrais: a abertura do Canal do Panamá, que possibilitou novas e melhores rotas comerciais para a América espanhola, principalmente, para a Bolívia que já entrava em acordo com o Chile sobre o acesso ao Pacífico; e a queda do valor internacional da borracha, dado o crescimento da produção, por meio de sementes brasileiras, do látex na Ásia. Sem a diversificação da economia, houve declínio na renda local e subutilização da Ferrovia, o que lhe acarretou déficits operacionais. O que era pensado e alardeado como um grande e promissor empreendimento mostrou-se um fardo para a empresa que construiu a Ferrovia e para a União que arcou com os prejuízos.

O fracasso da Ferrovia trouxe consigo o abandono da região e dos recursos lá investidos. Porto Velho que pertencia ao Estado do Amazonas e Santo Antônio do Madeira e Guajará-Mirim que pertenciam a Mato Grosso eram os três principais municípios do território. Menezes (1999:76) aponta a insatisfação da sociedade local com o abandono e o isolamento a que a região estava submetida e a alegria com a criação, em 1943, do Território Federal do Guaporé. Porto Velho, à época a terceira maior cidade da Região Norte e pertencente ao Estado do Amazonas, passou a ser capital e incorporou, dada a sua proximidade, o município de Santo Antônio do Madeira. Guajará Mirim e pequenas localidades ao sul também foram anexadas ao Território. A partir de então, as instituições locais foram se conformando e funcionando dentro de parâmetros dados pela nova condição federativa.

Por reivindicação local, o governo de Juscelino Kubitschek completou a ligação por rodovia entre Cuiabá e Porto Velho, o que tornou definitivamente deficitária a Ferrovia. Na final da década de 1960, sob a ditadura militar, a União vendeu a ferrovia como sucata. Suas peças, por caminhão, eram levadas a São Paulo e derretidas em siderúrgicas. Após protestos, a União suspendeu a venda, mas manteve o estado de total abandono e mesmo de queima de arquivo o que gerou o quase total aniquilamento da

história e da própria Ferrovia. Em seu trabalho, Ferreira (2005) comenta que ainda sobram umas poucas peças.

A rodovia que corta Rondônia de norte a sul modificou sobremaneira a realidade local e fez parte do Projeto Pólo Noroeste, do governo federal. Um novo ciclo de ocupação foi desencadeado, induzido pelo governo central. Já no início da década de 1970, empresas mineradoras instalaram-se na região. A busca era por ouro, diamantes, esmeraldas e cassiterita, formando grandes agrupamentos humanos em meio à floresta, como no caso do distrito de Bom Futuro, em Ariquemes, grande produtor de cassiterita. Esse novo ciclo tem como pano de fundo disputas mortais pela terra; disputas essas que explicam a tensão política aguda e permanente desde então vivida no Estado.

Da mesma forma, em relação à extração da madeira. As regras vigentes à época incentivavam a devastação das florestas: ao menos metade do território das propriedades deveria estar limpa (com a floresta derrubada) para o plantio, se se quisesse a obtenção de créditos junto aos órgãos oficiais. A idéia era expansão da produção agropecuária, central no Projeto Pólo Noroeste, o que deu certo em boa medida, já que atualmente esse setor é responsável por quase metade do PIB estadual.

A partir de 1964 o País passou a viver sob ditadura militar. O Regime indicava diretamente as pessoas que iriam ocupar as instituições, ainda mais em Rondônia, Território Federal até 1982, com o claro desiderato de manter o controle e angariar apoios políticos e ideológicos. A ditadura militar não só permitiu como incentivou a criação do Estado de RO com o interesse de arregimentar apoio político no Congresso Nacional e entre os governadores. Dentre outros motivos, porque as forças democratizantes avançavam a passos largos em várias regiões do País e a ditadura já sentia faltar-lhe o chão sob os pés.

Em resumo, o Estado de Rondônia tem especificidades em seu processo de formação que muito influenciam o comportamento de suas instituições políticas, das elites e dos grupos de interesse existentes, ou seja, dos principais atores. A ocupação do território teve vários ciclos: o da construção da Estrada de Ferro e da exploração da borracha, o da mineração, o das madeiras e o das atividades agropecuárias. Cada qual levou contingentes populacionais que se fixaram no território e aos poucos foram constituindo a sociedade local com suas classes e suas elites, majoritariamente formadas por desbravadores em busca do Eldorado.

Se a construção da Estrada de Ferro arregimentou grandes contingentes de pessoas de várias partes do mundo e muitas se fixaram no Estado, os demais ciclos foram internos e trouxeram, fundamentalmente, migrantes do centro sul do País. É curioso que tenham confluído para Rondônia, majoritariamente, nordestinos e sulistas, culturas que se misturavam e se chocavam também com as das diversas nações indígenas ainda existentes. O choque entre o colonizador e as nações indígenas seguiu o padrão de dominação, exploração e morte. Uma guerra com evidente superioridade do colonizador.

Como a criação do Território e a emancipação política foram obra da União ao invés de mobilização local, a estrutura e o domínio das instituições locais foram entregues aos grupos organizados em torno das atividades econômicas dominantes: principalmente, fazendeiros, madeireiros, mineradores e donos de transportadoras. Nas relações com a mão-de-obra local, existe até hoje muitos casos da condição análoga à escravidão. Sob outro aspecto, é forçoso reconhecer que o desenvolvimento econômico do Estado tem caminhado de modo acelerado, considerando, inclusive, o seu atraso em relação às regiões mais desenvolvidas do País. Fato marcante desse processo: a instalação de usinas hidrelétricas e o planejamento para se instalarem outras e a inauguração do Porto Graneleiro, em Porto Velho, em 1995. Esse porto serve como entreposto de carga até Manaus e facilita o escoamento da produção do Mato Grosso. Essa rota, mais de dois séculos depois, é a realização do intento dos primeiros colonizadores de Rondônia.

### **A saúde no Estado de Rondônia: conseqüências dos maus governos**

A prestação dos serviços de saúde em RO é fruto direto da forma como foi colonizado e organizado o território que deu origem ao Estado. Além das missões jesuítas e militares do século XVII, o início da prestação de serviços de saúde em escala pública se deu no final do século XIX, concomitantemente às obras de construção da Ferrovia Madeira Mamoré.

No território que hoje representa as fronteiras do Estado só no final da primeira década do século XX passou a existir algum tipo de regularidade na prestação de serviços de saúde. Mesmo assim, esses serviços eram vinculados aos trabalhadores da Ferrovia: além de alguns médicos, boa parte deles profissionais estadunidenses que

percorriam os canteiros de obras, existia também o Hospital da Candelária, fundado em Santo Antônio, em 1907, único hospital da localidade. Também essa instituição era operacionalizada por meio de profissionais médicos estrangeiros que inicialmente atendiam apenas a funcionários da Ferrovia.

As condições sanitárias da região eram já precárias para os grupos indígenas e tornou-se inadministrável com o processo de ocupação pelo homem branco. Como já referido, as doenças da floresta foram o principal obstáculo à ocupação. Os registros mostram que moléstias, como a malária, ceifaram um número incomensurável de vidas ao longo da história em todo o Estado.

Ferreira (2005) trata com muita atenção a questão da saúde na construção da Ferrovia. O tema era de fundamental importância para a operacionalização do próprio intento de construir a estrada de ferro, já que os registros indicavam que a vida útil média de um trabalhador era de três meses, ou de incapacitação permanente. Cunhou-se a seguinte expressão sobre os custos sociais da Ferrovia: ‘cada dormente representa uma vida humana’.

Em 1910, a empresa responsável pela Ferrovia contratou Oswaldo Cruz para fazer um diagnóstico dos problemas sanitários e propor medidas a serem implementadas. O sanitarista percorreu trechos da Ferrovia durante vinte e oito dias e produziu extenso relatório sobre as questões de saúde da região. Valem ser destacados os seguintes trechos:

*“Dominam na nosologia da região as seguintes moléstias: o impaludismo [malária], a febre hemoglobinúrica, o beribéri, a desinteria, a ancilostomíase, a pneumonia, além de outras entidades mórbidas de menor freqüência e a que adiante aludiremos; acompanhando tudo, o alcoolismo. O impaludismo assola a região de modo devastador e, além de todas as causas favorecedoras de que adiante falaremos, convém assinalar a deficiência de tratamento (já não falando da profilaxia que em absoluto não se faz) que se explica, primeiro, pelo elevadíssimo preço por que são vendidos os sais de quinina (500 réis a cápsula, o que corresponde a 1\$000 a grama, que custa \$080 no Rio de Janeiro), e depois pela criminoso falsificação que desses sais fazem os comerciantes que os fornecem de mistura com amido ou bicarbonato de sódio”.*(in Ferreira, 2005: 274)

Oswaldo Cruz destacou que a malária era o principal problema da região: *A região está de tal modo infectada que sua população não tem noção do que seja estado hígido, e para ela a condição de ser enfermo constitui a normalidade* (idem, pp. 279/80)

A situação de convivência com seríssimos problemas sanitários acompanhou todo o processo de ocupação do território em suas diversas etapas. Os ciclos econômicos que se sucederam, como o da mineração, da indústria madeira e da agropecuária foram agregando novos problemas, sem que houvesse a devida atenção aos efeitos sobre o meio ambiente e as condições de saúde e, conseqüentemente, sem propostas de ações de intervenção. Atualmente, além de novas moléstias como as DST, o número de ocorrências ligadas a causas externas progrediu rapidamente e se mantém como uma relevante questão de saúde da população, conformando o perfil de morbidade e de mortalidade no Estado. As moléstias do início da ocupação branca, como a malária, continuam a coexistir com o quadro nosológico atual, formando, assim, o pior dos mundos. O *modus vivendi* e, conseqüentemente os *modus* de prevenir, adoecer, tratar e morrer do mundo moderno e metropolitano convive com as doenças infecto-parasitárias do início do século passado.

Como foi a regra no País, em RO a atenção à saúde seguiu a lógica centrada nos tratamentos hospitalares e ambulatoriais. Essa situação, no entanto, foi agravada pela precariedade de recursos tecnológicos e humanos e pela distância dos centros formadores de profissionais médicos e de outras categorias necessárias à operacionalização de serviços de atenção à saúde.

Mesmo depois de 1942, quando foi criado o Território Federal do Guaporé, o acesso à região ou dela para fora ainda se colocava como obstáculo de difícil transposição, o que, evidentemente, sempre agravou a precária capacidade das autoridades locais para o enfrentamento dos problemas sanitários. A União não conseguiu criar uma forma de atuação específica em saúde necessária para garantir a atenção à população envolvida nos projetos de colonização, mesmo considerando a ação direta da FUNASA.. E desde então, agravos como malária continuaram a se abater fortemente sobre a população e a estarem, pois, fortemente incrustadas no perfil epidemiológico do Estado. As causas e as taxas de internação e de mortalidade comprovam isso (Anexo – Tabela 3).

O passo decisivo para minorar o isolamento veio no governo de Juscelino Kubitschek com a construção e inauguração em 1960, da BR 164 (Cuiabá – Porto Velho). O Estado hoje conta com aeroportos e é cortado por rodovias que interligam os municípios. Ainda que se apontem as precariedades dessas rodovias, não se pode negar

que nenhum ponto do Estado é isolado. Mesmo no caso das nações e comunidades indígenas, incluindo aquelas com pouco ou nenhum contato com o homem branco, existem formas de comunicação.

No entanto, a dificuldade de acesso continua a marcar o Estado, embora não mais na mesma proporção. Aliado à baixa capacidade de investimento, seu isolamento no extremo noroeste do País ainda corrobora sobremaneira para as dificuldades enfrentadas na área da saúde. São dificuldades que vão desde fixar profissionais médicos em diversas localidades à baixa oferta e mesmo inexistência de muitos serviços. Quando se cria um padrão de baixa oferta, os preços adquirem o padrão de sobrepreço. Tanto os profissionais médicos quanto donos de clínicas detentoras de equipamentos não disponíveis na rede pública passaram a alimentar esse padrão.

Como até a transformação do Território em Estado, em 1982, existiam apenas sete municípios, a instalação dos hospitais e dos serviços mais complexos ficou concentrada. Em todo o período estudado, Porto Velho dispunha do único serviço público de emergência do Estado e, até hoje, constitui a única referência para uma série de serviços de média e de alta complexidade. No Plano Diretor de Regionalização (Rondônia – SESAUI, 2002a), Porto Velho figura como pólo estadual, ou seja, referência para todo o Estado em uma série de serviços: hospitais terciários, Hospital do Câncer, Hospital de Medicina Tropical, hemodinâmica, ressonância magnética, quimioterapia e radioterapia.

No período estudado, a capacidade instalada dos equipamentos de saúde sofreu a influência do processo de criação de municípios com planejamento atropelado pela explosão demográfica e agravado pelos interesses em jogo na arena política. A instalação dos serviços pouco se pautou pela lógica e sim pela ótica dos interesses privados, não raro individuais, e com base em intenções políticas desconexas ao processo de construção de uma rede articulada e hierarquizada no SUS.

A fragmentação dos sistemas municipais acompanhada pela inépcia do gestor estadual em planejar o sistema só contribuiu para a manutenção dessa lógica. Com a transformação do Território em Estado, em 1982, o crescimento populacional e do número de municípios deu seu maior salto: segundo dados dos censos do IBGE, a população do Estado evoluiu de 116.620 em 1970 para 481.089 habitantes em 1980, para 1.132.692 em 1991, apresentando estabilização, já que em 2.000 a população chegou a 1.377.792 de habitantes por sensível redução nas taxas anuais de crescimento.

Todavia, até hoje Rondônia tem elevadas taxas de crescimento como é o caso do município de Buritis, cuja taxa de crescimento de 29% em 2005, a maior do País, transforma um pedaço de floresta em um agrupamento humano em muito pouco tempo.

### **Quadro comparativo da evolução das taxas geométricas anuais de crescimento populacional**

(%) – Rondônia e Brasil 1970 a 2000.

Período	Rondônia	Brasil
1970/1980	15,5	2,5
1980/1991	7,9	1,9
1991/2000	2,2	1,6

Fonte: IBGE Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e 2000.

No que tange à evolução do número de municípios a tabela abaixo demonstra uma evolução rápida dos pequenos municípios. Rondônia chega em 2000 com 35 municípios, de um total de 52, com menos de 20.000 habitantes.

### **Número de municípios segundo faixas de populacional – Rondônia – 1980, 1991 e 2000**

Faixa de Tamanho dos municípios – n. de habitantes	1980		1991		2000	
	N.	%	N.	%	N.	%
< 5.000	0	0	0	0	5	9,6
5.001 a 10.000	0	0	2	8,7	10	19,2
10.001 a 20.000	0	0	5	21,7	20	33,5
20.001 a 50.000	2	28,6	9	39,1	11	21,2
50.001 a 100.000	3	42,9	6	26,1	4	7,7
100.000 a 500.000	2	28,6	1	4,3	2	3,8
Total Rondônia	7	100	23	100	52	100,0

Fonte: IBGE, Censos Demográficos de 1980, 1991 e 2000

Evidente que um crescimento do número total de municípios de 7 em 1980, para 23 em 1991 e 52 em 2000 traz os dilemas da sustentabilidade econômica, principalmente, em se tratando da adição de pequenos e pobres municípios. Há problemas com a escala e com o acesso a serviços mais caros e com a baixa capacidade de gasto próprio para as pequenas localidades, criando-se sua alta dependência em relação a recursos disponíveis em municípios maiores, no nível estadual e, principalmente, no plano federal. Esses pequenos municípios passam quase a viver de transferências constitucionais e legais.

O crescimento populacional acelerado e a fragmentação do território em pequenos e insustentáveis municípios foi um processo desgovernado, sem o devido

planejamento, principalmente, quanto aos impactos e às medidas profiláticas em todas as áreas das políticas públicas. Todavia, os governos assistiram com conivente passividade à divisão do território e do poder político e econômico entre as elites que se formavam. Após os grupos de interesse privado se instalarem no poder (inclusive no poder público), começaram a se desenvolver ações típicas para levar programas e políticas públicas às localidades, ações essas patrocinadas pela União e, posteriormente, pelo governo estadual.

Os serviços de saúde atestam essa assertiva. Desde os Projetos Rondon e as grandes campanhas de vacinação à instalação de grandes hospitais, a ação da União criou boa parte das estruturas dos serviços de saúde ainda à época (ou antes) do Território Federal. Cabe destacar O Hospital São José, inaugurado no final da década de 1920 e a Maternidade Darcy Vargas, que começou a funcionar no início dos anos 1950. Ainda com a ação do governo federal, somente em 1983 foi inaugurado o Hospital de Base Ary Pinheiro, a primeira unidade de saúde de nível terciário em Rondônia.

Desde 1982, ano da instituição do Estado, o governo estadual assumiu a prestação dos serviços de saúde no Estado. O protagonismo municipal além de vagaroso, somente foi observado nos municípios com um pouco de capacidade de gasto próprio, o que se refere especificamente aos maiores. Nos demais, o governo estadual instalou e passou a manter serviços básicos de ambulatório e de pronto atendimento, coordenados por cinco escritórios regionais da secretaria estadual de saúde. Esse conjunto de unidades sempre atuou de modo desarticulado e nunca configurou uma rede.

Todavia, os aglomerados populacionais que se transformaram nos maiores municípios posteriormente – Vilhena, Cacoal, Ji Paraná, Ariquemes, além de Porto Velho – sempre serviram como pólo de referência para um sem número de serviços, incluindo os serviços de saúde mais complexos. No ano de 1993, os municípios principiam a habilitação a NOB/93, dando início ao processo de implementação do SUS no em RO.

Com o aumento no número de municípios, interessa também notar que aumenta em grandes proporções o número de atores inseridos no *policy making* estadual e, conseqüentemente, as disputas em torno dos recursos disponíveis, sejam institucionais ou não, ganham novos contornos. As ações políticas nas instâncias, nas instituições e nos poderes municipais, em Rondônia, influenciam diretamente os rumos

das políticas públicas como um todo. Isso ocorre fundamentalmente em razão da autonomia política e administrativa conferida pelo pacto federativo pátrio.

No domínio da saúde, no período estudado, mais que dobrou o número de secretarias e de conselhos municipais de saúde, além de ter sido criado o COSEMS e a CIB do Estado, consolidando-se, pois, a estrutura da arena política nos moldes preconizados pelas normas nacionais. Esse movimento trouxe suas virtudes e seus problemas, estabelecendo um parâmetro fundamental: definiu as regras do jogo. Todavia, dadas características como a composição senatorial da CIB e do COSEMS, o que acirra as disputas entre os municípios, tais regras alteraram paulatinamente o padrão de prestação de serviços e o *status quo* vigente no domínio da saúde. Os próprios indicadores de cobertura em programas da atenção básica demonstram isso:

Programas Saúde da Família, Agentes Comunitários e Saúde Bucal em RO  
Nº. de Municípios e cobertura populacional nos anos de 1998 e 2002.  
Fonte: Departamento de Atenção Básica, SAS/MS

Programa / Ano	Municípios		População Coberta (%)	
	1998	2002	1998	2002
Saúde da Família	6 (11,5%)	44 (84,6%)	4,4	26,6
Agentes Comunitários	52 (100%)	52 (100%)	61,9	79,7
Saúde Bucal	0	18 (34,6%)	0	16 %

### **A implementação do SUS em Rondônia: caso de sucesso relativo por meio do modelo *top down***

A análise da implementação do SUS em Rondônia, além de requerer a subordinação dos instrumentos e recursos teóricos à realidade, demonstra a assertiva que aponta a não linearidade entre os processos de formulação e de implementação de uma política.

O período que vai de 1993 a 2002 é tomado, no presente trabalho, como referência na implantação do SUS, pois nesse período são editadas as Normas Operacionais (NOBs e NOAS) que de fato levam à realidade a decisão política ultimada pelas Leis 8080 e 8142. No caso e no período estudado, por meio das Normas Operacionais, o SUS teve seu processo culminante de implementação com a habilitação do Estado em Gestão Plena do Sistema Estadual.

No caso estudado, a importância da União é tamanha que a implementação local do SUS é aqui tida como do tipo *top down*, considerando o *policy cycle* (Silva PLB, 1999; Theodoulou SZ, 1995). A iniciativa local é quase nula, sendo que a quase totalidade dos programas implementados é de elaboração federal. A estrutura institucional do SUS em RO – SES, SMS, CES, CMS, CIB e COSEMS – também se nacionalizou por indução plasmadora da União. É fato que somente com o *efforcement* a partir do nível central é que tais estratégias ganham contornos compulsórios e são levados à prática. A indução se processa, fundamentalmente, por meio da repartição de recursos consignados nos orçamentos da União.

A acomodação perversa de interesses na composição do *mix* público x privado é confirmada no caso estudado. O setor privado, em muitas situações, tornou o público seu refém tanto na contratação de serviços, quanto de mão de obra. Essa acomodação tem relação direta com a orientação dos ocupantes e com as condições reais e as estruturas das instituições estudadas.

O quadro de pessoal, os recursos tecnológicos e os equipamentos de saúde existentes são insuficientes para a garantia de muitos serviços de saúde (Rondônia - SESA, 2002). Essa situação obrigou as instituições implementadoras a lançarem mão da oferta da iniciativa privada, a qual não chega a dispor de todos os serviços necessários e nem se submete ao processo de contratação em conformidade com a Lei

que rege as licitações públicas (Matos & Pompeu, 2001). Evidente que isso só é possível em função de situações de monopólio ou de cartel, como no caso de serviços de quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva, onde a oferta por meio da iniciativa privada é a única solução.

A escassez de recursos humanos (Rondônia - SESAU, 2002a), sob outro aspecto, confere grande poder a grupos como os médicos que impõem preços altíssimos para a sua força de trabalho, e, não raro, estão envolvidos em práticas irregulares na prestação de serviços. É comum encontrarem-se médicos que atuam em mais de uma equipe de saúde da família, são proprietários de unidades privadas e ainda, diariamente, dão plantões que somados são mais extensos que as vinte e quatro horas do dia.

Para além dessas situações individuais, as organizações representativas desses profissionais têm grande poder nas arenas políticas locais e, mesmo por especialidade, impõem suas condições: os ortopedistas (todos) não aceitam trabalhar para o SUS, os anestesistas têm que ser cotejados, os nefrologistas conseguem até as normas flexibilizadas em seu favor para que funcione mais de um serviço sob sua responsabilidade. Também os enfermeiros conseguiram impor em acordo coletivo uma carga horária de trabalho sobremaneira leve quando comparada a outros estados – 12 por 72 -, fazendo aumentar a necessidade de profissionais para operar os serviços.

Não obstante essa acomodação perversa, pode-se afirmar que a implementação do SUS em RO representou, no período estudado, uma melhora nas condições de saúde da população que pode ser expressa por meio de indicadores, como os de mortalidade infantil, e pelo desenho e desempenho institucional, refletidos na cobertura por ações e serviços de saúde. A mortalidade infantil no Estado acompanha a trajetória do País e chega a uma taxa de 32,37 no ano de 2.000 (IBGE). Já em relação à cobertura, como observado acima, o PSF passa de uma cobertura de 4,4% em 1998 para 26,6 em 2002; já o PACS vai de 52% a 79,7% no mesmo período.

Mesmo ante todas as dificuldades e limitações ainda existentes, considerando inclusive a extrema precariedade de saúde que em muitas situações se mantêm, a implementação do SUS teve o condão também de melhorar as relações intergovenamentais, ainda que muito dessa melhora se deva à ação direta ou indireta da União.

É importante frisar desde já que, para além das crises e dos problemas observados no cenário nacional e internacional, o período abordado no presente estudo pode ser apontado com de ‘crise local permanente’. Crise essa de ordem política, econômica e social, mas fortemente marcada por disputas ferrenhas entre grupos, atores e personagens, com conseqüências diretas para a área de saúde. As disputas envolvem a ocupação das instituições no Estado e nos municípios, mas também a briga pela terra e seus recursos, principalmente, os minerais e florestais. Para além de assassinatos de lideranças e de opositores (ou inimigos), há mais de um caso de chacinas, como a de Corumbiara (1995) que foi praticada por jagunços com a ajuda das policias estaduais contra trabalhadores rurais. As chacinas chegam mesmo a ser praticadas por nações indígenas, como na Reserva Presidente Rosewelt, perpetrada pelos Cinta Larga contra garimpeiros.

Considerando que é nas instituições que se tomam as decisões e é por meio delas que as mesmas são implementadas, cabe, pois, a delimitação e a análise das principais entidades, grupos, atores e arenas da conformação do setor saúde em Rondônia. As instituições ora se transformam em atores agindo em arenas decisórias, ora constituem a própria arena onde se travam disputas políticas, devendo, portanto, serem tomadas como atores e como estruturas, conforme assinala Immergut (1992)

### **O papel do Ministério da Saúde na implementação do SUS em Rondônia**

A partir das decisões e das ações do nível central, operou-se no Estado a descentralização da gestão da atenção e da vigilância à saúde, nos termos das Normas Operacionais. Todas as SMS e a SESAU habilitaram-se às Normas e boa parte dos programas e das ações federais foi implementada ou em está implementação. Formalmente, pode, pois, ser considerada vitoriosa a implementação *top down* do SUS no Estado. Esse fato não exige a existência de enormes problemas e questões – mesmo formais – nesse processo. Há que se lembrar que a União é a detentora da maior soma de recursos econômicos, cognitivos e políticos, o que lhe confere grande poder no âmbito das arenas políticas e dos processos decisórios.

A atuação do Ministério da Saúde (MS), todavia, mesmo no âmbito da atenção direta à saúde, pautou-se pela fragmentação em todo o período estudado. Não se logrou a unificação ou a articulação das ações e dos programas das secretarias do MS, não articulando, por exemplo, a atenção básica à hospitalar, e muito menos, de suas fundações e órgãos vinculados. Mesmo assim, o MS é importante ator no *policy making*

de RO. No período estudado, a União teve atuação direta e muito influenciou nas decisões no nível estadual, tanto por meio de suas secretarias e do núcleo do MS no estado, como em função da ação local da FUNASA. Essa interferência ocorre tanto no âmbito da SESAU, como das SMS, mas, não raro é decisiva na CIB. Nas relações que o MS estabelece com os demais entes federativos estão presentes:

a) a competição, traduzida na concorrência entre as ações, principalmente, no que diz respeito às competências legislativas e normativas. Mesmo na atenção direta, a União opera serviços básicos de atenção, como nos Distritos Especiais Indígenas, e de vigilância em saúde, por meio da FUNASA, além de manter um Hospital Federal (universitário) como prestador do SUS;

b) o apoio e a cooperação, mediante o envio de técnicos, de tecnologias, de recursos financeiros (fundo-a-fundo, pagamentos diretos e por meio de convênios) e de equipamentos e insumos adquiridos diretamente pelo nível central e distribuídos a estados e municípios;

c) o cerne da atuação do MS está na indução e no controle. Isso em virtude de a implementação de programas e de ações, de caráter nacional, estar entre as missões institucionais do MS. No mesmo sentido, até em função da história da operacionalização dos serviços hospitalares e ambulatoriais com financiamento centralizada, primeiro no INAMPS e depois no MS, a lógica de controle de processo e de auditoria sempre fez parte das ações do nível central do SUS.

O estudo do caso de Rondônia revelou que as formulações e as regulamentações a partir do MS chegam mesmo a serem esperadas e cobradas pela SESAU e pelas SMS. Mesmo ante muitas críticas acerca da inaplicabilidade de muitas das normas federais em RO, em particular, e na Amazônia legal, como um todo, os níveis subnacionais de governo almejam e reivindicam que seja apontado o que e como fazer. (Rondônia, CIB 2000 e 2002, CONASEMS, 1994,.)

No caso estudado, deve ser ressaltado o Termo de Cooperação firmado entre o MS e o Governo do Estado no ano de 2001. Alternativa à intervenção na SESAU pelo MS, como foi determinado pelo Judiciário, esse termo foi operacionalizado por consultores contratados pela OPAS e resultou em importantes avanços organizacionais para o gestor estadual e para o SUS no Estado (Brasil – Ministério da Saúde, 2002; Rondônia – SESAU, 2002).

Julgo conveniente aqui tecer breves considerações sobre os principais atores e arenas existentes no SUS em Rondônia.

### **A SESAU/RO como ator e arena**

A Secretaria Estadual de Saúde (SESAU) é, no caso estudado, a principal instituição implementadora, ao lado das SMS. É responsável pela direta implementação de um conjunto de regras e por muitas providências necessárias para o atendimento dos requisitos previstos nas Normas Operacionais. No mesmo sentido, no que se refere à redistribuição das responsabilidades nos serviços e nas ações de saúde, demarca suas áreas de atuação, inclusive hospitalar, e induz as SMS a cumprirem seus papéis. A existência de acirradas disputas internas entre secretarias e órgãos do governo e no âmbito da SESAU/RO transforma o governo estadual e a instituição responsável pela implementação numa arena tensa, onde nem sempre são definidos procedimentos decisórios ou espaços institucionalizados para a solução de conflitos e divergências.

O Governo do Estado atua como ator de pico no *policy making* geral que envolve as relações com o Legislativo Estadual, com as prefeituras, com a União, com o Poder Judiciário etc. No domínio da política de saúde o Governo estadual aparece também como importante ator no âmbito da CIB, do CES e da Conferência Estadual, por meio da SESAU, que, como a maioria dos estados, habilitou-se em Gestão Plena do Sistema no processo de implementação da NOAS.

Com a União, estabelece as relações de competição, cooperação, controle, captação de recursos técnicos e financeiros, apresentação de pleitos e predação, mediante transferências de ônus do nível estadual para o federal e má-utilização de recursos repassados para finalidades específicas, como no caso de muitos convênios firmados com o MS. Evidente que a contrapartida é a sujeição a algum nível de controle, regulação e indução por parte da União, já que o nível estadual, em boa medida, é dependente de recursos federais.

Com os municípios, as relações de competição, tanto na prestação direta de serviços, quanto no que tange ao poder legiferante e normatizador, é direta e acirrada. Nesse sentido é que ainda estão sob controle estadual a rede hospitalar de maior complexidade e que Porto Velho esteja habilitada em Gestão Plena da Atenção Básica do SUS, pela NOB/96, tendo tido um curto período (2.000/2.001), ainda assim formal, de habilitação em Gestão Plena do Sistema.

Na mesma direção é a cooperação, a indução, o apoio prestado pelo nível estadual aos municípios: fortemente marcados pela acirrada disputa política existente em todo o período estudado. Ainda que tais relações sejam encontradas na atuação estadual, as orientações técnicas e as necessidades urgentes, não raro, sujeitam-se a manipulações em prol ou contra determinados interesses específicos e/ou particulares.

Já no que tange ao controle do nível estadual sobre o municipal, em todo o período estudado não foi possível sequer encontrar funcionando razoavelmente os instrumentos de controle existentes no SUS. Aliás, a ausência de controle também é válida em relação aos próprios serviços estaduais ou contratados pela SESAU. O controle não mereceu prioridade em todo o período estudado. Até o ano de 2001, não existia mesmo qualquer instrumento de programação similar a PPI (Brasil, Ministério da Saúde, 2002), sendo as autorizações de internação hospitalar e os tetos ambulatoriais distribuídos por rateio carecedor de critérios técnicos expressos.

Principalmente a partir de 1999, a SESAU passou a sofrer a interferência direta do Judiciário em função de ações movidas pelo Ministério Público em parceria com o CES. Este chegou mesmo a figurar como ‘autorizador’ das despesas da Secretaria. No ano de 2000, a justiça chegou a determinar a intervenção do MS na SESAU, fato que não ocorreu em função de um Termo de Cooperação, operacionalizado pela OPAS. Essa cooperação foi taxada pela imprensa como uma intervenção branca na SESAU, mas logrou induzir o gestor estadual a realizar uma série de processos e a produzir uma série de documentos e planos que foram usados para a sua habilitação em Gestão Plena do Sistema pela NOAS/02.

Entre os principais motivos que trouxeram dificuldades à atuação da SESAU está um corte de pessoal no ano de 1999: foram demitidos em torno de 2.500 funcionários de um total de 10.000 (Brasil – Ministério da Saúde, 2002; Rondônia - SESAU, 2000).

### **As Secretarias Municipais de Saúde (SMS): espaços e debilidades**

A mesma caracterização do nível estadual vale para o municipal no que diz respeito a sua condição de arena e de ator político. Há que se acrescentar, no entanto, que os municípios também disputam como atores no âmbito do COSEMS. Este por sua vez, em nome dos municípios, assume o papel de ator em arenas como a CIB.

Repetindo também a tendência geral do SUS, os municípios de RO iniciaram o processo de habilitação às Normas do SUS com a NOB/93, processo que chegou a 100% com a NOB/96, sendo que 11 municípios habilitados em GPSM, o que representa mais de 20% do total. Também como tendência geral do SUS, esses municípios não aderiram às normas das NOAS. Principalmente por meio do COSEMS, eles desempenharam papel relevante na gestão do SUS no Estado em momento de dificuldades no nível estadual. (Brasil - Ministério da Saúde, 2000 e 2002).

Considerando o crescimento desordenado e acelerado do número de municípios, esse nível de governo sofreu, no período estudado, toda sorte de dificuldades na tentativa de conseguir acesso aos serviços de saúde, mesmo os elementares como uma consulta médica. É preciso notar que boa parte dos municípios teve origem em núcleos rurais, garimpos e assentamentos do INCRA. Nesse processo de colonização, o acesso às localidades mais afastadas da BR 364 impôs dificuldades para a fixação de profissionais e para a instalação de serviços e obriga que os mesmos, ainda hoje, sejam buscados em outras localidades e centros maiores. Essa lógica, ao mesmo tempo em que sobrecarregou os maiores centros não impeliu boa parte dos pequenos municípios a trabalharem na prevenção e na atenção básica aos agravos.

Criou-se, assim, um padrão de comportamento das SMS, principalmente, daquelas de municípios menores, nas arenas políticas: dependente dos recursos federais, estaduais e dos maiores municípios (Rondônia - SESA, 2000 e Rondônia - COSEMS, 2000). Evidente que esse padrão de comportamento oferece grandes possibilidades de cooptação das municipalidades pelo nível estadual. Em reforço a essa tendência pode-se acrescentar que a concentração espacial dos serviços de maior complexidade na Capital aliada ao fato de estes, em grande medida, serem de gestão estadual, contribui para a manutenção de uma dependência no domínio da saúde em relação ao nível estadual, até mesmo por parte dos maiores municípios, incluindo Porto Velho.

### **A Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RO) e a estabilidade relativa na implementação do SUS**

Criada em 1993, a CIB/RO forçou o diálogo entre as instituições implementadoras e estabeleceu um espaço decisório permanente, regular e fortemente embasado em critérios técnicos, o que fez com que as decisões não fossem tomadas exclusivamente por razões políticas ou ideológicas. Esses aspectos, além de contribuírem para a implementação de políticas públicas de um modo geral (Sabatier,

1999), em Rondônia conseguiram minimizar os reflexos das mencionadas disputas políticas e econômicas sobre o SUS.

Em um contexto fortemente tencionado, o fato de ser compulsória para o repasse de recursos federais obrigou a sua criação e o seu funcionamento. Caso contrário, todos os atores do domínio da saúde no Estado perderiam. Segundo diagnóstico do Ministério da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2000) a CIB foi a responsável pela pequena estabilidade conseguida em períodos de crise aguda, como nos anos de 1999 e 2000 quando o CES passou, por determinação judicial, a acostar o ‘de acordo’ em todas as despesas efetuadas pela Secretaria Estadual de Saúde (SESAU).

Mesmo eivadas pela precariedade em termos de estruturas físicas e recursos humanos, nas reuniões da CIB participavam as três esferas de gestão do SUS e suas decisões pautavam as ações no Sistema local. Esse espaço, assim pode ser considerado elemento salutar do modelo *top down* de implementação, positivo para os beneficiários do sistema público de saúde no Estado.

Dadas as dificuldades enfrentadas pelo gestor estadual, a CIB passou a ser orientada majoritariamente pelas pautas e posições do COSEMS. A partir de 1988, as reuniões da CIB passaram a contar com a presença direta das secretarias do MS. Antes disso, a FUNASA já se fazia presente nessas reuniões objetivando informar e pactuar suas ações no Estado. (Rondônia – CIB, 2001)

### **Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/RO): papéis relevantes e estruturas precárias**

No período estudado, o COSEMS contou com várias dificuldades para se organizar e para atuar. Tais dificuldades estão diretamente ligadas à falta de estrutura para qualquer ação. Criado no bojo do processo de implementação da NOB/93, fundamentalmente, para organizar a participação das SMS na CIB, suas carências de recursos são reflexos das carências municipais e dizem respeito tanto a recursos humanos quanto às questões materiais: a deficiência de quadros no âmbito das SMS dificulta o planejamento e a operacionalização dos trabalhos; estes, por sua vez, são realizados sem contar com um instrumento de comunicação e informação à SMS, sem uma estrutura própria (sala, telefone, computador, veículo etc).

Suas reuniões, em geral, antecedem à reunião da CIB e são convocadas por fax símile. Os acordos para a composição da representação do COSEMS na CIB levaram a

definição da seguinte regra: seis membros, sendo dois municípios pequenos (até 15.000 habitantes), dois médios (15.000 a 35.000) e dois grandes (acima de 35.000 habitantes). Observando essa composição a partir de 1998, ano em que 100% das SMS habilitaram-se à NOB/96, pode-se constatar, independentemente do porte do município, a primazia dos habilitados em Gestão Plena do Sistema (Brasil – Ministério da Saúde, 2000).

Não obstante a precariedade em termos de recursos à sua disposição, o COSEMS teve importante papel no SUS em Rondônia. A partir de 1998, essa arena conseguiu mobilizar os gestores municipais frente às dificuldades enfrentadas pelo gestor estadual que, em muitos casos, se omitiu para com suas obrigações. Por exemplo, foi resultado do trabalho de mobilização do COSEMS, em 1998, um ‘mutirão’ no Estado que culminou com 100% das SMS habilitadas em alguma forma de gestão previstas na NOB/96. Rondônia foi o primeiro estado do País a conseguir esse feito.

No mesmo sentido, o COSEMS e a CIB assumiram papéis inerentes à gestão estadual (Brasil – Ministério da Saúde, 2000 e 2002). A participação do COSEMS na CIB foi fundamental para dar relativa estabilidade à implementação do SUS em Rondônia.

### **O controle social exercido a partir do Estado: o Conselho Estadual de Saúde (CES)**

Como arena política, o CES envolve diferentes atores e interesses e é presidido pelo gestor estadual. No período estudado, sua orientação dominante pode ser dividida em dois períodos: o primeiro vai desde sua criação, em 21/07/1992, até 1998. Nesse período o CES figurou como instrumento cartorial de ratificação das políticas da SESAU e de cumprimento de requisito junto ao SUS (Rondônia – CES, 2001). A partir de 1998, ante algumas mudanças em sua composição, principalmente, na representação dos usuários e dos trabalhadores, o CES passou a fazer oposição cerrada ao gestor estadual, já que essa postura, por motivos variados, encontrou consonância em todos os setores ali representados exceto, é óbvio, o gestor. Com apoio do Ministério Público Federal, o CES passou a privilegiar, com êxito sob sua perspectiva, a arena judicial. Chegou mesmo, por determinação judicial, entre os anos de 1999 e 2000, a ter a função de autorizar (ou não) expressamente despesa por despesa da SESAU.

Nascimento *et al* (2004), em minucioso trabalho de avaliação da atuação do CES entre 1999 e 2002, mostram que a estratégia de judicialização veio de mãos dadas com o descaso dos gestores estaduais em cumprir suas deliberações. Não obstante

questionarem o foco do trabalho do CES que passou a atuar como ‘fiscal’ das ações do governo estadual na área da saúde, os autores demonstram como os papéis do CES eram desvirtuados, *in verbis*:

*“Chamou nossa atenção que ainda que o funcionamento do CES seja regulamentado por uma legislação específica, nem sempre o seu papel institucional foi entendido por órgãos externos e, no limite, sequer foi entendido por representantes que atuavam dentro do próprio Conselho. Assim, por exemplo, a Assembléia Legislativa solicitava ao CES, através de requerimento aprovado em plenário, que se fizesse inspeção em todos os municípios rondonienses que possuíssem gestão plena a fim de constatar se os mesmos atendiam as exigências do Ministério da Saúde. Ou seja, os próprios parlamentares desconheciam que a tarefa de controle, avaliação e auditoria são atribuições inerentes ao gestor estadual, leia-se SESAU e nunca ao Conselho. De modo geral, conforme já se observou anteriormente, deve-se também destacar que as diferentes propostas aprovadas no Conselho não foram implementadas, ou porque careciam de fundamento, ou porque não passavam de declarações de boas intenções, ou porque não havia interesse do gestor. Veja-se, por exemplo, o que aconteceu com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS). A proposta discutida e aprovada no âmbito do CES não se tornou Resolução, sendo encaminhada pelo gestor à Secretaria de Planejamento que interveio conforme as conveniências, modificando os cargos, anulando as carreiras, reduzindo os salários e deixando apenas o plano. Também chamou nossa atenção que o presidente do Conselho, que é o mesmo Secretário de Saúde deliberava ad referendum resoluções que dificilmente retornavam ao CES para conhecimento e ratificação, ainda que o Regimento Interno determinasse esta providência. Veja-se, por exemplo, que durante todo o ano de 1999 os Conselheiros cobravam que o Secretário apresentasse nas reuniões estas resoluções, fazendo parte inclusive das pautas, embora esta cobrança não surtisse qualquer efeito.” (Nascimento et al, 2004:26)*

Resta cristalina, pela manipulação do CES pela SESAU e mesmo pela judicialização das disputas, a tendência de um controle estatal sobre essa arena política que, constitucionalmente, é definido para ser expressão da participação comunitária.

### **O controle social exercido a partir do Estado: os Conselhos Municipais de Saúde**

Os conselhos municipais de saúde também encontram toda a sorte de dificuldades para se organizarem e para atuarem. São, em geral, dominados e dirigidos pelo gestor. A não ser de modo sazonal e isolado, os conselhos municipais de saúde têm sua atuação pautada pela precariedade de suas estruturas, pela baixa capacitação em relação ao conhecimento dos respectivos papéis no SUS e pela cooptação e controle por parte gestores (Rondônia - CES, 2001). Salvo exceções esporádicas, os CMS atuam onde é de interesse do Poder Público local.

Não obstante esforços do CES, fundamentalmente a partir do ano 2000, para capacitar melhor as estruturas dos conselhos municipais, a análise dos conselhos municipais de saúde de Rondônia autoriza que sejam caracterizados como o controle social definido no âmbito da sociologia e da ciência política: o controle do Estado sobre a sociedade.

Ainda que o Cadastro de Conselhos de Saúde, realizado pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil – Conselho Nacional de Saúde, 2005), revele informações valiosas e animadoras quanto aos conselhos de saúde em RO, estas dizem respeito ao mínimo de estrutura física para o seu funcionamento formal. O que o estudo do caso revelou foi a prevalência do chamado cartorialismo, da existência no papel, da baixa rotatividade dos membros e da submissão e do controle expresso por parte do Estado. O revelado por Nascimento *et al* (2004) em relação ao CES no que tange ao não cumprimento de suas decisões pelo gestor estadual vale em maior medida para os CMS, já que os mesmos, em geral, reúnem-se para deliberar a pauta trazida pelo gestor. Ou seja, frequentemente ocorre que essa instância simplesmente ratifique decisões em consonância com o que o gestor propõem, já que se trata de condição para o cumprimento de algum pré-requisito exigido nas regras do SUS para a captação de recursos financeiros junto à União.

Além desses atores e arenas inerentes ao SUS, é preciso destacar alguns aspectos das influências externas ao Sistema.

Os ministérios públicos (estadual, federal e trabalhista) atuam direta e enfaticamente no SUS em Rondônia. Combinam-se tanto ações isoladas para garantir acessos a serviços e medicamentos por parte dos usuários, quanto ações de caráter coletivo que questionam o próprio funcionamento do Sistema. Estas últimas ganharam ênfase a partir do ano de 1999 quando, principalmente, o Ministério Público Federal aproximou-se do CES e passou a encampar ações judiciais contra os gestores do SUS no Estado, principalmente, a SESAU.

Foi por meio de uma dessas ações que o CES passou, em 1999, a assumir funções tipicamente gestoras do SUS, como autorizar, em última instância, as despesas realizadas pela SESAU. Até para que se pagassem diárias a técnicos estaduais que viajavam a serviço, o CES tinha que acostar o ‘de acordo’ antes da execução da despesa. Também foi por meio de uma dessas ações que o Judiciário determinou a

intervenção do MS na SESAU que resultou na assinatura do já mencionado Termo de Cooperação.

Os legislativos no Estado têm baixa participação nas políticas do SUS no que diz respeito ao seu planejamento, à sua organização e à sua operacionalização. Todavia, é comum encontrarem-se duas situações: a) parlamentares que, individual e/ou particularmente, organizam entidades de prestação de serviços de saúde e fazem convênios com os gestores do SUS. No Estado, existem várias organizações como ONGs, fundações e até OSCIPS dirigidas, direta ou indiretamente, por parlamentares que prestam algum tipo de serviço de saúde: a remoção de pacientes para tratamento na capital, o fornecimento de medicamentos, a garantia de tratamentos fora do Estado etc; b) a segunda situação é a disputa política partidária que se faz sentir no SUS. Nesse caso, as falhas dos serviços de saúde são apontadas como falhas do gestor ou governo e a aprovação de matérias de interesses dos gestores envolvem a negociação de outras questões alheias ao domínio da saúde.

### **Os serviços do SUS em Rondônia: o precário sucesso**

A Secretaria Estadual de Saúde (SESAU) foi habilitada em gestão plena do sistema estadual, nos termos da NOAS no mês de março de 2003. Deve ser destacado que isso foi pleiteado pelo Estado, com determinação do próprio governador eleito, junto a Comissão Intergestores Tripartite, ainda em novembro de 2002, período esse de transição para o novo governo que iria assumir o mandato em janeiro de 2003.

Tal pleito foi apresentado porque se julgou que os requisitos expressos na NOAS poderiam ser atendidos, uma vez que os principais 'produtos' e passos organizacionais haviam sido dados. E, de fato, isso era praticamente verdadeiro, na medida em que o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e outros planos e medidas já haviam sido elaborados, com razoável nível de debate nas instâncias intergestoras e estavam prontos para serem apresentados. Alguns dos planos e processos necessários, por outro lado, embora estivessem prontos formalmente, não passavam de medidas burocráticas e cartoriais para o cumprimento dos requisitos. Eram peças que não eram postas em prática, como no caso do Plano Estadual de Saúde e dos Relatórios de Gestão, cujos conteúdos sequer eram levados em consideração. Mesmo assim, formalmente, cumpriam os requisitos para o pleito de habilitação, pois o documento estava elaborado e poderia ser apresentado.

A partir de junho de 2001, a SESAU passou a viver um processo que modificou profundamente o rumo dos acontecimentos na área da saúde em Rondônia. Trata-se do marco inicial da operacionalização de um Termo de Compromisso e Cooperação Técnica assinado entre o Ministério da Saúde e o Governo do Estado, executado por intermédio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Desse Termo constavam 26 produtos a serem desenvolvidos pelos consultores da OPAS, com a cooperação do Estado de Rondônia e a supervisão do Ministério da Saúde (Brasil - Ministério da Saúde, 2002).

Dentre tais produtos, constavam todos os necessários para a habilitação pela NOAS. É preciso reiterar que esse Termo somente foi assinado em maio de 2001 devido à ação do Ministério Público Federal. Esse órgão pedia na Justiça a intervenção do Ministério da Saúde no Estado, baseadando sua ação nas más condições dos serviços de saúde tanto na capital, quanto no interior. Era gravíssima a situação do único hospital de emergência do Estado, o Hospital João Paulo II.

A situação chegou a esse ponto também devido aos efeitos de algumas medidas do governo do Estado tomadas no âmbito de uma reforma administrativa estadual que centralizou o poder administrativo e financeiro na Secretaria de Planejamento e que redundou em considerável demissão de pessoal em várias áreas de governo. Nesse processo, a SESAU foi consideravelmente abalada pela demissão de cerca de 2.500 de seus servidores. Nesse sentido, uma medida imposta no âmbito dos dispositivos expressos pela Reforma do Aparelho de Estado colocou a área da saúde em Rondônia em sérias dificuldades.

Em Rondônia, pode-se verificar um fenômeno que explica grande parte da situação que originou a ação do Ministério Público Federal. Trata-se da retirada do nível estadual de praticamente toda a prestação direta de serviços de saúde fora da capital. Mesmo nesta, só se mantiveram sob gestão estadual os grandes hospitais e outros serviços de maior complexidade. Operou-se uma situação inusitada, na qual todos os municípios, exceto a capital, passaram a ter, na prática, de assumir as funções de gestores dos serviços instalados em seus respectivos territórios.

Diante dessa situação, houve um 'fortalecimento' dos municípios na prestação dos serviços de saúde que, via Conselho de Secretários Municipais de Saúde -

COSEMS/RO, passaram a influir decisivamente no planejamento do Sistema. Significava que eles estavam praticando o previsto para os municípios habilitados em gestão plena do sistema, sem sequer terem sido habilitados ou mesmo terem pleiteado tal habilitação, em qualquer instância ou mesmo sem existir qualquer documento oficial do governo do estado formalizando essa transferência de gestão.

Não obstante existirem 11 municípios habilitados em gestão plena do sistema, de um total de 52, a prestação dos serviços de saúde fora da capital são quase totalmente feitos pelo nível municipal. Essa ‘retirada’ por parte do governo estadual obrigou os municípios a assumirem mais funções e atribuições na gestão do SUS. Nesse vácuo é que a atuação do COSEMS/RO firmou-se como o principal canal para, na ausência de uma atuação mais ativa por parte da SESAU, organizar a prestação de serviços pelo SUS.

Importante destacar que essa ‘retirada’ por parte do nível estadual foi o principal elemento explicativo da situação a que chegou o SUS no Estado e levou o Ministério Público Federal a pedir a intervenção. Fundamental notar que o Conselho Estadual de Saúde foi o principal agente a denunciar e a fornecer os subsídios para a ação do Ministério Público. Assim, foi também essa ‘retirada’ que ao mesmo tempo gerou um avanço na organização dos municípios de Rondônia e levou a uma interferência do Ministério da Saúde, por meio da OPAS, nos rumos da SESAU.

Pode-se, assim, perceber que a situação que engendrou o Termo anteriormente mencionado é uma situação de múltiplos determinantes, mas que tem o poder de revelar um momento no qual União, estado e municípios estavam envolvidos diretamente na organização do SUS em Rondônia, com a interferência direta da União.

Antes desse processo, o SUS em Rondônia já havia experimentado situações interessantes, como quando da realização do ‘mutirão’ para habilitar todos os municípios do Estado em alguma das formas de gestão previstas na NOB/96. Todavia, o primeiro semestre de 2001 marcou profundas transformações na organização da SESAU e nas arenas estaduais do SUS. Data desse período a determinação judicial para que o Ministério da Saúde interviesse diretamente na saúde no Estado, em função da ação do Ministério Público Federal. É nesse semestre que é negociado e firmado o Termo de Compromisso e Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e o Governo do Estado. Esse Termo serviu para que a Justiça Federal e Ministério Público Federal

concordassem em não mais exigir a intervenção. Esse Termo representou um novo *modus operandi* na relação entre as esferas federal e estadual de gestão do SUS.

A intervenção não ocorreu, mesmo porque não se encontrou solução jurídica para que ela ocorresse apenas na área da saúde, uma vez que os dispositivos legais, e até mesmo a Constituição Federal, nesse aspecto, aludem à intervenção da União nos estados e não da União em uma área específica das políticas públicas como a saúde. Caso se efetuasse, a intervenção deveria acontecer no governo do Estado de Rondônia, por meio de um interventor que governasse o Estado. Como não era essa a determinação judicial, e também não era isso que se pretendia politicamente, operou-se o que alguns chegaram a chamar 'intervenção branca'. Houve uma considerável equipe de consultores atuando direta e permanentemente nas instâncias do SUS em Rondônia, principalmente, na SESAU, trabalhando em nome do Ministério da Saúde.

A atuação dessa equipe no âmbito da SESAU, ao mesmo tempo forçou e possibilitou a elaboração e a implementação de vários instrumentos e processos organizativos e de planejamento no SUS em Rondônia. Esse foi o trabalho que possibilitou ao gestor estadual habilitar-se em Gestão Plena do Sistema Estadual, segundo a NOAS (2001, 2002).

De todo esse processo, podem ser identificados aspectos nevrálgicos ou fatos-chave como elementos explicativos da forma como organiza-se o SUS em RO:

a) A atuação do Conselho Estadual de Saúde (CES/RO) e do Ministério Público Federal tem considerável relevância nos rumos do processo estudado. A atuação do CES/RO comprova o potencial que representa essa instância do SUS no processo decisório local, mesmo a contra gosto do gestor e ante o desrespeito a muitas de suas decisões.

b) O Termo de Compromisso e Cooperação Técnica assinado entre o Ministério da Saúde e o Governo do Estado de Rondônia, posto em prática entre junho de 2001 e dezembro de 2002, representou uma 'inovação institucional', na medida em que obrigou os três níveis de gestão do SUS a encontrarem mecanismos de interação inexistentes na normatização vigente. Cabe destacar o 'improviso' e a excepcionalidade desse Termo, o que revela o despreparo por parte do Ministério da Saúde para lidar com possíveis situações semelhantes, na qual os Estados deixam de cumprir suas funções a ponto de o Judiciário determinar intervenções. O mesmo vale para os Estados em relação aos

Municípios. Há aqui uma lacuna institucional e legal a ser estudada. No caso concreto, a atuação direta do MS no Estado e o êxito na formulação dos processos de trabalho e instrumentos de planejamento necessários à habilitação da SESAU a NOAS demonstram assertiva decisiva para a implementação *top down* do SUS no Estado.

c) A atuação do nível municipal por meio do COSEMS foi decisiva no momento em que o nível estadual teve uma atuação aquém do desejável ou em desacordo com o estabelecido nas normas e nas pactuações do SUS. Interessante notar que no caso de Rondônia os municípios foram ‘obrigados’ a assumir funções de gestores ‘plenos’ dos serviços instalados em seus respectivos territórios em função da ‘retirada’ do nível estadual de cena na prestação direta de serviços em todo o estado, exceto na capital.

Assim, ao se analisar a área de saúde no Estado de Rondônia, para a prestação de serviços a seus 1.431.777 habitantes (IBGE, 2002), muitos dados saltam à vista, diferenciando o Estado tanto em relação ao País, quanto à própria Região Amazônica.

A Secretaria Estadual de Saúde (SESAU) somente veio a se habilitar formalmente ao SUS por ocasião da NOAS 01/2002. Esse fato, como apontado em outro momento, não impediu que Estado recebesse repasses, seguisse as orientações e participasse do processo decisório no âmbito do SUS.

Os municípios do Estado, por seu turno, foram os primeiros a ser 100% habilitados a NOB/96. Esse fato ocorreu em virtude de um mutirão feito em 1998 pelo COSEMS/RO, com ajuda de técnicos estaduais, para que todos apresentassem os documentos e cumprissem os requisitos necessários à habilitação. É de conhecimento público nas arenas do SUS no Estado que muitos dos documentos, como os planos estadual e municipais de saúde, representaram peças que não encontravam consonância com a realidade.

Das SMS habilitadas, 11 o são em Gestão Plena do Sistema e 41 em Gestão Plena da Atenção Básica, dentre essas a da capital, fato pouco comum no cenário nacional. Isso é explicável, uma vez que os serviços mais complexos e maiores são estaduais e estão localizados na Capital. Mesmo assim, a taxa de 21,15% de habilitação em Gestão Plena do Sistema é quase o dobro da nacional.

Essa situação também manteve as antigas distorções, manifestou e trouxe novas em relação à distribuição dos recursos federais no Estado: no ano 2000, a SESAU gerenciava 67% do total dos recursos destinados à atenção hospitalar e 49% à ambulatorial – dentre estes 63% dos procedimentos incluídos na classificação de média

complexidade. As SMS em Gestão Plena do Sistema, por seu turno, representando 21% do total de municípios e 23% da população, em conjunto gerenciam 35% do total de recursos federais transferidos ao Estado e 59% do total desses recursos transferidos diretamente a municípios. (Brasil - Ministério da Saúde – 2000)

Produto do Termo de Cooperação, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Rondônia ficou assim definido:

- a- 22 municípios Satélites.
- b- 30 municípios Módulos Assistências.
- c- 09 municípios Pólos Micro Regionais de Saúde.
- d- 04 municípios Pólos Regionais
- e- 01 município Pólo Estadual( capital )

Essa distribuição está de acordo com a distribuição dos serviços de saúde e seu grau de complexidade, sendo que o desenho da rede foi assim projetado:

a- Os municípios satélites são aqueles que possuem apenas Centros de Saúde Diferenciados, com 08 a 12 leitos de internação, sem centro cirúrgico e as demais estruturas necessárias numa Unidade Mista. Alguns desses municípios estão, há anos, com suas unidades em reforma e terão que pensar na adequação dessa estrutura ao PDR de Rondônia. São satélites também aqueles municípios, que apesar de possuírem estrutura física adequada, têm uma população inferior a 10.000 hab , porque não conseguem gerar um número de AIHs suficiente para garantir o custeio da Unidade Hospitalar.

b- Os municípios módulos assistenciais são aqueles que têm em sua estrutura Unidades Mistas com Centro Cirúrgico e Obstétrico instalados, além do restante das instalações necessárias para desenvolver as atividades de saúde descritas na NOAS, desde que sua população seja superior a 10.000 habitantes.

c- Os municípios considerados pólo micro regional de saúde são aqueles que já tradicionalmente desempenham essa função, para onde convergem os pacientes mais complicados e possuem estrutura mais elaborada de serviços. Todos eles possuem Hospitais Gerais e Serviços de Apoio Diagnóstico mais avançados, bem como, congregam razoável número de Especialidades Médicas.

d- Os municípios definidos como pólos regionais de saúde são aqueles que possuem serviços de alta complexidade, ou que tem estrutura suficiente para instalá-las, considerando a grande extensão territorial do estado. Nesses municípios também estarão concentrados serviços de atenção ao Trauma e às Emergências, com profissionais especializados e Unidades de Terapia Intensiva.

e- O município pólo estadual é a capital, Porto Velho, onde se concentram os Hospitais Terciários, o Hospital de Medicina Tropical, o Serviço de Quimioterapia e Radioterapia, o Hospital do Câncer de Rondônia, o serviço de Ressonância Magnética, e a Hemodinâmica.

<b>Plano Diretor de Regionalização - Rondônia – 2002</b>					
<b>Municípios Adstritos</b>	<b>Módulo</b>	<b>Pólo Micro Regional</b>	<b>Pólo Regional</b>	<b>Pólo Estadual</b>	
Porto Velho Candeias do Jamari Itapuã d'Oeste	Porto Velho	Porto Velho	Porto Velho	Porto Velho	
Guajará Mirim	Guajará Mirim				
Nova Mamoré	Nova Mamoré				
Ariquemes Cujubim Rio Crespo Alto Paraíso Cacaulândia	Ariquemes	Ariquemes			
Machadinho d'Oeste Vale do Anari	Machadinho d'Oeste				
Monte Negro Campo Novo de Rondônia	Monte Negro				
Buritis	Buritis				
Jaru Theobroma	Jaru	Jaru			Ji-Paraná
Governador Jorge Texeira	Governador Jorge Texeira				
Ouro Preto d'Oeste Teixerópolis Vale do Paraíso Urupá	Ouro Preto d'Oeste	Ouro Preto d'Oeste			
Mirante da Serra Nova União	Mirante da Serra				
Ji-Paraná	Ji-Paraná	Ji-Paraná			
Presidente Médice	Presidente Médice				
Alvorada d'Oeste	Alvorada d'Oeste				
São Miguel do Guaporé	São Miguel do Guaporé				
Seringuerias	Seringuerias				
São Francisco do Guaporé	São Francisco do Guaporé				
Costa Marques	Costa Marques				
Cacoal	Cacoal	Cacoal	Cacoal		
Ministro Andreazza	Ministro Andreazza				
Pimenta Bueno Primarevea de Rondônia São Felipe do Oeste	Pimenta Bueno	Pimenta Bueno			
Espigão d'Oeste	Espigão d'Oeste				
Alta Floresta d'Oeste	Alta Floresta d'Oeste				

Alto Alegre dos Parecis			
Nova Brasilândia d'oeste	Nova Brasilândia d'oeste		
Novo Horizonte d'Oeste	Novo Horizonte d'Oeste		
Rolim de Moura Castenheiras	Rolim de Moura	Rolim de Moura	
Santa Luzia d'Oeste Parecis	Santa Luzia d'Oeste		
Vilhena Chupinguaia	Vilhena	Vilhena	Vilhena
Colorado d'oeste Cabixi	Colorado d'oeste		
Cerejeiras Pimenteiras d'Oeste Corumbiara	Cerejeiras		

Esse desenho de PDR considerou tanto os fluxos e a capacidade instalada existente, como tentou induzir mudanças na distribuição dos serviços no Estado. Ao prever os pólos regionais, por exemplo, o Plano objetivou diminuir a concentração de serviços na capital. Antes desse desenho, não existia uma tentativa de organizar o fluxo de usuários, tampouco de desconcentrar os serviços. Sequer existia qualquer forma de programação dos serviços assistenciais. (Brasil – Ministério da Saúde, 2000).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, no Estado, em 2002, funcionavam 65 hospitais, com um total de 2.618 leitos, o que significa uma taxa de 1,83 leitos para cada 1.000 habitantes. Existiam no Estado 475 unidades de saúde, sendo que 45,26% e 13,47 das mesmas são, respectivamente, postos e centros de saúde. Muito embora somente 15 dessas unidades, ou 3,16%, sejam estaduais, representam as mais complexas, se concentram na capital e representam mais de 60% do gasto hospitalar. Em 2002, eram 335 as unidades municipais, representando 70,53%, e 125 as privadas, ou 26,32% do total. No estado só há serviços de alta complexidade nas áreas de gestação de alto risco, com duas unidades, uma de oncologia, e uma única unidade de urgência e emergência, localizada na capital (Anexo, gráficos)

Os dados, para além de revelar a má-distribuição da rede, não permitem que se olvidem as dificuldades de acesso aos serviços impostas a toda população. Aliás, o fato de em Rondônia não existirem localidades remotas e isoladas como no Estado do Amazonas, por exemplo, não logrou contribuir tanto como poderia no que diz respeito ao mencionado acesso. Exemplo: Distrito Bom Futuro, em Ariquemes. Localidade que chegou a ter a população estimada em 30.000 pessoas nos tempos áureos da extração da

cassiterita, não contou durante todo o período, de forma regular, nem com a presença de qualquer profissional médico, nem de serviço de ambulatório básico ou mesmo para a simples remoção.

## CONCLUSÃO

Os caminhos metodológicos que orientaram o estudo possibilitaram, por um lado, desenvolver um referencial teórico – científico orientado pelos instrumentos das ciências sociais. Esse recorte permitiu desvendar a conformação e as contradições da realidade estudada. Por outro lado, devido às características do caso, essa abordagem ficaria incompleta sem a consideração da realidade empírica, revelada no campo de pesquisa.

Nesse aspecto a hermenêutica foi de fundamental importância para a apreciação do que Meadows (1999) chamou de ‘literatura cinzenta’ ou não científica, bem como, para a melhor abordagem dos conteúdos dos posicionamentos políticos manifestos ou implícitos em documentos e em processos de trabalho referentes ao caso estudado. Assim, pode ser priorizada a construção do estudo com base em manifestações emanadas diretamente do campo estudado e de fontes primárias de informações.

Em relação às hipóteses e, principalmente, às assertivas, inicialmente apontadas, restou a forçosa a conclusão de que as mesmas não são e nem poderiam ser absolutas. Por se tratar de um estudo do ponto de vista das ciências sociais, o próprio objeto não permite o controle ou a repetição da experiência até uma evidência negativa. A dinâmica é dada pela própria historicidade do processo estudado. Desse modo, ainda que o essencial de tais hipóteses e assertivas tenha sido comprovado, não há como negar o grande peso da interpretação como ferramenta analítica e, portanto, da subjetividade escorada em referenciais teóricos determinados. Evidente, pois, a parcialidade ante à realidade infinita e polissêmica (Weber, 1974).

Os anos 1990 no Brasil, no domínio da saúde, foram marcados por processos aparentemente opostos, mas, no caso estudado, que se acomodaram. Por um lado as determinações constitucionais que criaram o SUS caminhando no sentido de uma ampliação dos direitos sociais e, conseqüentemente, dos recursos empregados e necessários. Por outro, a hegemonia do pensamento neoliberal e das teorias da Nova Gestão Pública, indicando a necessidade de reformas no aparelho de Estado que restringissem os gastos públicos e diminuíssem o escopo da intervenção estatal.

Sob outro aspecto, o pacto federativo inscrito na Constituição de 1988 foi levado a uma realidade histórica de forte dependência dos demais entes federativos para com a

União. As políticas de saúde em geral e especificamente a implementação do SUS recolocaram na agenda duas questões a serem resolvidas: a divisão de responsabilidades e de receitas entre os entes federativos. No estudo, ficou nítida a ausência de bons instrumentos para induzir a cooperação e a existência de uma miríade de situações indutoras da competição predatória.

Para além desses elementos do contexto do País e de outras dificuldades no plano internacional, o estudo teve de considerar as especificidades do caso em foco, qual seja o Estado de Rondônia. Nesse aspecto, ao percorrer a história da ocupação das terras, da atuação do Poder Público e da conformação institucional que deram origem ao Estado, puderam-se constatar outras variáveis que dificultaram e continuam a dificultar a implementação do SUS. O processo de ocupação, em grande medida patrocinado diretamente pela União, propiciou o surgimento de muitos municípios insustentáveis do ponto de vista dos recursos necessários para uma boa operacionalização dos serviços de saúde. Além disso, foi a ação estatal que logrou concentrar a rede hospitalar e ambulatorial de maior complexidade na Capital - já a partir da banda superior da chamada 'média complexidade' (M3) - impondo sérias dificuldades de acesso a esses serviços a toda a população do Estado, principalmente a residente nos demais municípios.

Em resumo, esse foi o cenário da implementação do SUS no caso estudado: a) contra a corrente no plano ideológico, dada a hegemonia do pensamento neoliberal na década; b) agravado pelas restrições econômicas, considerando a crise fiscal do Estado e o esgotamento do padrão de desenvolvimento; c) um ambiente federativo marcado pela indefinição de prerrogativas e de responsabilidade e pela disputa predatória em torno de receitas e ônus; e d) uma realidade local marcada pelo mau governo, traduzido no mau uso de recursos públicos e numa forma de ocupação desordenada, com estímulo ao surgimento de municípios insustentáveis.

Diante de tal quadro, o estudo mostrou a implementação do SUS como um sucesso relativo. Se por um lado, esse processo ainda não tenha logrado redistribuir efetivamente a rede de saúde de modo regionalizado e hierarquizado como o preconizado, algo salutar no Estado de Rondônia, por outro produziu fenômenos interessantes do ponto de vista da saúde da população, das relações federativas e das relações administrativas intergovernamentais.

Os dados indicam o aumento da cobertura por vários programas e ações de saúde, dos gastos públicos nesse domínio, do número absoluto e relativo de procedimentos, como internações e consultas médicas. No mesmo sentido, apontam ainda o controle de epidemias e de agravos, como as DST-AIDS e malária, de modo a mantê-los nos parâmetros nacionais. Ou seja, do ponto de vista epidemiológico no cenário, Rondônia não aparece como destaque negativo, seguindo a tendência observada em todo o País, resguardadas suas peculiaridades.

No mesmo sentido, o arcabouço normativo do SUS, tanto no que diz respeito às ações e aos programas de saúde, quanto ao desenho institucional que envolve a conformação das arenas e dos atores políticos, revelaram o potencial de dar estabilidade e induzir à cooperação nas relações federativas. As regras definidas para *policy making* do SUS, em Rondônia, lograram definir as próprias regras do jogo e obrigaram interação e negociação permanente entre os três níveis do governo.

Do ponto de vista das relações intergovernamentais, cabe destacar ainda o potencial dos arranjos do SUS para combater a capacidade de implementação decrescente. A União, por meio de uma ação ininterrupta, teve a oportunidade de transferir recursos que ajudaram a melhorar o desempenho da SESAU e das SMS. Mesmo ante toda a precariedade observada nas relações e nos vínculos trabalhistas em todos os níveis de governo, além da insuficiência de nos quadros de pessoal, as relações intergovernamentais estabelecidas também propiciaram à União um maior conhecimento da realidade técnica, política, econômica e social do Estado, permitindo uma atuação que considere as especificidades locais sem deixar de induzir as regras nacionais.

Esse relativo sucesso do SUS em Rondônia, para além da coragem e da disposição de um sem número de atores locais, tem o seu esteio fundamental no modelo *top down* de implementação. Muito cristalina, com base no caso estudado, é a constatação de que as relações intergovernamentais pautaram-se muito mais no ‘como’ fazer e menos no ‘o que’ fazer, uma vez que os debates sempre giraram em torno da implementação do que foi normatizado e parametrizado nacionalmente. Ainda que muitas das definições dessas normas e desses parâmetros tenham sido feitas em conjunto com as representações de estados e municípios no âmbito da CIT, é inegável o peso da União nessas definições dada a concentração em si da maior parte dos recursos do Sistema.

Além do mais, uma vez definidas (pactuadas ou não) as normas, sua implementação, no caso estudado, dependeu sobremaneira do *efforcement* da União. A presença do MS nas arenas decisórias de Rondônia não só se mostrou uma atuação tipo *policy broker*, tornando presentes elementos da ‘coordenação federativa’, como também permitiu maiores possibilidade de controle e da regulação do Sistema, dado o conhecimento das especificidades do Estado.

## Referências Bibliográficas

1. Abrucio F 1993. *Descentralização - pacto federativo*. Cadernos ENAP, v. 1, n. 1, p. 17-33, Brasília
2. Abrucio F 1994. *Os barões da federação*. Lua Nova 33, p. 165-83, São Paulo.
3. Abrucio F e Costa V.M.F, 1998, *Reforma do Estado e o contexto federativo Brasileiro*, Konrad – Adenauer – Stiftung, Pesquisas n. 12
4. Abrucio F., 2004, *Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC*, Escola Nacional de Administração Pública, Brasília (mimeo)
5. Adorno T, Benjamim W, Habermas J e Horkéimeir, 1983. *Benjamin, Habermas, Horkheimer e Adorno*, Coleção Os Pensadores, São Paulo: Editora Abril Cultural.
6. Affonso RBA & Silva PLB 1995 (Coords.). *A federação em perspectiva*, FUNDAP e UNESP. São Paulo
7. Almeida CM 1995. *As Reformas Sanitárias nos anos 80: Crise ou Transição*. Tese de Doutorado. ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
8. Almeida CM 1996. *Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudanças*. In NR Costa & JM Ribeiro (org.). Política de saúde e inovação institucional. Fiocruz, Rio de Janeiro.
9. Almeida CM 1999. *Reforma do Estado e reformas de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança*, in Ciência e Saúde Coletiva, 4(2):263-286, Rio de Janeiro.
10. Almeida MHT 1995. *Federalismo e Políticas Sociais*, in Affonso RBA & Silva PLB 1996. *Descentralização e Políticas Sociais*, FUNDAP, São Paulo.
11. Almeida, CM., 2003, *As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão*, Saúde em Debate, 65 : 243-256, Rio de Janeiro.
12. Almeida, P., Prado, M. e Szazi, E., 1999,. *O Regime Legal do Sistema Único de Saúde: Uma Avaliação do Ordenamento e da Evolução Legislativa de Regulamentação do Processo de Descentralização da Saúde Pública no Brasil*. Elaborado para o Projeto: Descentralização dos Serviços de Saúde no Brasil: a Efetividade do Gerenciamento e Perfil do Gasto nos Municípios Habilitados para a Gestão Semiplena no Período 1994-1997. NEPP/UNICAMP Campinas.
13. Anastásia, F., 2004, *Federação e relações intergovernamentais*, in Avelar L. & Cintra A.O., *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*, Fundação Konrad-Adenauer-Stifung & Editora UNESP, Rio de Janeiro – São Paulo

14. Andersen, G. S., 1995, *O Futuro do Welfare State na Nova Ordem Mundial*, in *Revista Lua Nova*, Nº 35, CEDEC, São Paulo.
15. Anderson P 2000. *Balanço do Neoliberalismo*, in Sader E. & Genteli P. 2000. Pós-Neoliberalismo – As Políticas Sociais e o Estado Democrático, Editora Paz e Terra
16. Andrade, L.A.G de, 2004, *O município na política Brasileira: revisando coronelismo, enxada e voto*, in Avelar L. & Cintra A.O., *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*, Fundação Konrad-Adenauer-Stifung & Editora UNESP, Rio de Janeiro – São Paulo.
17. Antunes, R., 1995, *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho*, Editora Unicamp, 3ª edição., Campinas,
18. Antunes, R., 1997, *A Terceira Alternativa*, in *Dilemas da Atualidade: Globalização, Neoliberalismo, Crise do Estado, Reestruturação Produtiva, Questão Agrária, Desafios do Sindicalismo*, Ed. CES – Centro de Estudos Sindicais, São Paulo.
19. Arretche MTS, 2002, *Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de progrmas sociais*, Dados – Revista de Ciências Sociais, (45) : 431-458, Rio de Janeiro
20. Arretche, M. & Marques, E., 2001, *Municipalização da Saúde no Brasil: Diferenças Regionais, Poder de Voto e Estratégias de Governo*, OPAS, Série de Relatórios Técnicos nº 77, Washington DC
21. Arretche MTS 1998. *O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil*, Tese de doutorado IFCH-UNICAMP, Campinas
22. Arretche MTS 2000. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*, Renavan-FAPESP, Rio de Janeiro – São Paulo.
23. Arretche MTS 2002 1998. *O Processo de Descentralização da Políticas Sociais no Brasil e Seus Determinantes*. Campinas, SP: Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadua de Campinas.
24. Arretche MTS 2002. *Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro
25. Avelar L. & Cintra A.O., 2004, *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*, Fundação Konrad-Adenauer-Stifung & Editora UNESP, Rio de Janeiro – São Paulo.
26. Banco Mundial 1991. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial – O desafio do desenvolvimento*, Banco Mundial, EUA.
27. Banco Mundial 1997. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial – O Estado num mundo em transformação*. Banco Mundial, EUA.

28. Barbosa PR 1996. *Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão*. Revista do Serviço Público ano 47, 120(2), mai/ago, Brasília.
29. Barros E 2001. *Implementação do SUS: rescentralizar será o caminho?* (comentário ao texto de Levcovitz *et al.*, 2001). *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):307-310.
30. Batista RS 2003. *Deuses e Homens: mito, filosofia e medicina na Grécia antiga*. São Paulo: Editora Landy.
31. Bernardo J 2000. *Transnacionalização do Capital e Fragmentação dos Trabalhadores – Ainda há lugar para os sindicatos?*, Editora Boitempo, São Paulo.
32. Bezerra, M.O., 2000, *Representação política e acesso aos recursos federais*, Revista do Serviço Público, ano 51, n. 2, 73-94, Brasília.
33. Bobbio N 1992. *A Era dos Direitos*, Editora Campus, 7<sup>a</sup> reimpressão, Rio de Janeiro.
34. Bobbio N. 1995, *Estado, governo, sociedade – para uma teoria geral da política*, Editora Paz e Terra, 4<sup>a</sup>. edição, São Paulo.
35. Bobbio N., Matteucci N. e Pasquino, G., 2003, *Dicionário de Política*, cd-room, Editora Universidade de Brasília.
36. Bouckaert, G. & Timsit, G, 2000, *Administrations and globalizations*, International Institute of Administrative Sciences, Brussels.
37. Bourdieu P 1998a. *Contrafogos – Táticas para Enfrentar a Invasão Neoliberal*, Editora Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
38. Bourdieu P 1998b. *A Miséria do Mundo*, Editora Vozes, Petrópolis.
39. Bourdieu P Chamboredon J-C Passeron J-C 1993. *El Oficio de Sociólogo*, 15<sup>a</sup> Edición, Siglo Veintiuno Editores, Madrid
40. Brasil – Conselho Nacional de Saúde, 2005, *Cadastro dos Conselhos de Saúde*, Brasília
41. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 133 de 26/8/1998. Regulamenta o fluxo de pagamento do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH-SUS à rede prestadora de serviço nos estados em gestão plena e gestão avançada e municípios em gestão plena do sistema e semiplena até sua extinção.
42. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 1887/GM de 18 de dezembro de 1997. Determina a instituição de Comissão Técnica Especial para formulação da nova Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS.

43. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 1888/GM de 18 de dezembro de 1997. Estabelece a Descentralização do Processamento das Autorizações de Internações Hospitalares – AIH.
44. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 1889/GM de 18 de dezembro de 1997. Define nova estrutura de codificação da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA/SUS.
45. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 1890/GM de 18 de dezembro de 1997. Determina a atualização do cadastro de Unidades Hospitalares, Ambulatoriais e Serviços de Diagnóstico e Terapia do Sistema Único de Saúde.
46. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 1892/GM de 18 de dezembro de 1997. Incorpora a modalidade Internação Domiciliar ao Sistema Único de Saúde.
47. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 1893/GM de 18 de dezembro de 1997. Autoriza as secretarias estaduais e municipais de saúde a estabelecerem valores para os procedimentos do Grupo de Assistência Básica na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS.
48. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 2090 de 26 de fevereiro de 1998. Altera dispositivos das Portarias no. 1882/GM, 1893/GM, 1890/GM, 1883/GM.
49. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 2094 de 26 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a emissão do Cartão do Sistema Único de Saúde Municipal – Cartão SUS Municipal.
50. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 2101 de 27 de fevereiro de 1998. Estabelece Meta Física Financeira por Estado para os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde de Família (PSF).
51. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 2109 de 26 de fevereiro de 1998. Estabelece normas para credenciamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos e autorização para estabelecimentos e equipes especializadas promoverem retiradas, Transplantes ou enxertos e órgãos.
52. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 2121 /GM de 6 de março de 1998. Define recursos federais destinados no ano de 1998, por Estado e Distrito Federal, à Atenção Básica, Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Assistência Hospitalar.
53. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 2284/GM de 10 de março de 1998. Dispõe sobre a aplicação do fator de recomposição.
54. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 2409 de 23 de março de 1998. Estabelece critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais, nos municípios.
55. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 2552/GM em 4 de maio de 1998. Define o valor total a ser repassado para os municípios emancipados a partir de 1997 e que não se habilitaram no prazo estabelecido.

56. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 2565 de 4 de maio de 1998. Considera qualificados os municípios já habilitados nos termos da NOB SUS 01/96, para receber recursos referentes ao incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária.
57. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 2811 de 26 de maio de 1998. (Ref. PT/GM/MS no.º 2277 de 22 de novembro de 1995, que estabeleceu o fator de recomposição sobre os valores das tabelas de procedimentos dos Sistemas de Informações Hospitalar e Ambulatorial do SUS).
58. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 2971 de 9 de junho de 1998. Redefine os tetos financeiros com recursos federais para a assistência à saúde e para a operacionalização da descentralização das Unidades Assistenciais da Fundação Nacional de Saúde e das Unidades Assistenciais do Ministério da Saúde.
59. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 35 de 4 de fevereiro de 1999 .
60. Brasil – Ministério da Saúde, 1998, Manual para a Organização da Atenção Básica, Brasília
61. Brasil – Ministério da Saúde, 2000, *Sumário Executivo sobre o SUS em Rondônia*, DDGA/SAS, Brasília
62. Brasil – Ministério da Saúde, 2002b, *Relatório de Gestão – Secretaria de Assistência à Saúde* – Editora do Ministerio da Saude, Brasília
63. Brasil – Ministério da Saúde, *CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE , IX. Descentralização das Áreas e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*”, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 15 de abril de 1993. Texto-base da NOB 01/93.
64. Brasil – Ministério da Saúde, INSTRUÇÃO NORMATIVA no. 01/98 de 2 de janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96.
65. Brasil – Ministério da Saúde, NOB-SUS 01/93, Portaria MS no.º 545, de 20 de maio de 1993. Define regras de habilitação (estadual e municipal) ao SUS; estabelece 3 tipos de modalidades de gestão descentralizada: Incipiente, Parcial e Semiplena.
66. Brasil – Ministério da Saúde, NOB-SUS 01/96. Portaria no.º 2203 de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do SUS nos termos da descentralização das funções de gestão; amplia a responsabilidade dos municípios.
67. Brasil – Ministério da Saúde, *NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NOB-SUS 01/91*, Editora Ministério da Saúde, Define regras de pagamento dos procedimentos médicos realizados pelos prestadores de estabelece incentivos para descentralização de serviços.

68. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 157 de 19 de fevereiro de 1998. Estabelece os critérios de distribuição para a qualificação dos municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família.
69. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 1882/GM de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição.
70. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 1883/GM de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o montante de Recursos do Teto Financeiro de Assistência – TFA
71. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 1884/GM de 18 de dezembro de 1997. Fixa o valor per capita nacional para cálculo da parte fixa do Piso da Atenção Básica – PAB
72. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 1885/GM de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o montante de recursos destinados aos Incentivos que compõem a parte variável do Piso da Atenção Básica – PAB
73. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 1886/GM de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF).
74. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 2283/GM de 10 de março de 1998. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios ao incentivo às Áreas Básicas de Vigilância Sanitária.
75. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 51/GM de 14 de janeiro de 1998. Divulga o valor da parte fixa do Piso da Atenção Básica – PAB.
76. Brasil – Ministério da Saúde, Portaria no.º 59/GM de 16 de janeiro de 1998. Define os mecanismos para o repasse dos recursos que cumprem as partes fixa e variáveis do Piso da Atenção Básica (PAB) para Municípios e Estados e das providências quanto a criação das contas bancárias destinadas a esse fim.
77. Brasil Decreto no.º 99.438/90 de 7 de agosto de 1990. Organiza e define atribuições do Conselho Nacional de Saúde.
78. Brasil Lei no.º 9311 de 24 de outubro de 1996. Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira – CPMF.
79. Brasil, Câmara de Reforma do Estado/Presidência da República 1995. *Plano diretor da reforma do aparelho de Estado*. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Brasília.
80. Brasil, Ministério da Saúde, 2000a, *Roteiro de Questões para Diagnóstico da Situação da Descentralização por Unidade Federada – Rondônia*, DDGA/SAS/MS, Brasília

81. Brasil, Ministério da Saúde, 2002, *Cooperação Técnica: Ministério da Saúde, OPAS e Governo do Estado de Rondônia – Relatório Final*, Editora do Ministerio da Saude, Brasília
82. Brasil, Ministério da Saúde, Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001 e 2002.
83. Brasil, Presidência da República 1995, Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.
84. Brasil. Lei no.º 9656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
85. Brasil. Decreto no. 1105 de 6 de abril de 1994. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde.
86. Brasil. Decreto no.º 1232 de 30 de agosto de 1994. Estabelece mecanismos de transferência automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.
87. Brasil. Decreto no.º 1651 de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
88. Brasil. Emenda Constitucional nº 19 de 05 de maio de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas de Administração Pública, servidores e agentes políticos,, controle de despesas e finanças públicas e atividades a cargo do Distrito Federal e dá outras providências.
89. Brasil. Emenda Constitucional nº 29 de 22 de março de 2000, Altera os artigos 34, 35 , 156, 160, 167, e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de públicos de saúde.
90. Brasil. Emenda Constitucional no.º 12 de 15 de agosto de 1996. Outorga competência à União para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira.
91. Brasil. Lei no.º 8080 de 19 /9/1990. Define as atribuições de cada esfera de governo no que diz respeito à gestão e competências; dispõe sobre a organização dos serviços de saúde e o funcionamento do SUS.
92. Brasil. Lei no.º 8689 de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do INAMPS.
93. Brasil. Lei. no. 8142 de 28/12/1990. Estabelece formas de participação comunitária e as condições e formas de transferências de recursos.
94. Brasil. Nova Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. São Paulo : Atlas, 1988. Título: VIII “Da Ordem Social”; Capítulo II “Da Seguridade Social”; Seção II “Da Saúde” (arts. 196-200).

95. Brito, J. da S., 2003, *Análise da descentralização das ações de controle da malária no estado de Rondônia: dois estudos de caso*, Dissertação de Mestrado, ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro
96. Campos, F.C.C., 2001. *Gestão Intergovernamental e Financiamento do Sistema Único de Saúde: apontamentos para os gestores municipais*, SPS - Ministério da Saúde – Gestão Municipal: textos básicos, Brasília.
97. Cardoso, F.H., 1998, *Notas sobre a reforma do Estado*, CEBRAP, Novos Estudos, n.50, 5-12
98. Cardoso, F.S.C, 1986, *Uma introdução à história*, Editora Brasiliense, São Paulo.
99. Carvalho JM, 2004, *Cidadania no Brasil – O longo caminho*, Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.
100. Carvalho W 1997. *A reforma administrativa da Nova Zelândia nos anos 80-90: controle estratégico, eficiência gerencial e accountability*. *Revista do Serviço Público*, ano 48, nº 3, set-dez.
101. Cerroni, U., 1982, *Teoria do partido político*, História e Política n. 15, Livraria e Editora Ciências Humanas, São Paulo.
102. Chalmers A 1994. *A Fabricação da Ciência*. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista.
103. Cohn G 2003. *Renovando os Problemas nas Ciências Sociais*. In: *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* (GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, R.M.G. e GOMES, M.H.de A.) Editora FIOCRUZ, 35-55. Rio de Janeiro.
104. Comte A & Durkhéin E 1973. *Auguste Comte e Émile Durkeim*. Coleção os Pensadores. São Paulo: Editora Abril Cultural.
105. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, CONASEMS, 2001, *Documento da Amazônia – Carta de Belém*, Belém.
106. *Constituição da República Federativa do Brasil* 1988. Senado Federal, Brasília, 2002.
107. Contandriopoulos A-P Champagne F Potvin L Denis J-L Boyle P 1999. *Saber Preparar uma Pesquisa*, 3ª Edição, Editora HUCITEC ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro.
108. Cordeiro, H., 2001, *Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde*, *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):319-328, Rio de Janeiro
109. CORDEIRO, Hésio (1991). *Controvérsias no financiamento do SUS*, *Saúde em Debate – Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES* nº 31, Londrina.
110. Correia MVC 2000. *Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

111. Costa C 1996. *Nem Vítima, Nem Vilão, Reflexões sobre o Serviço Público no Brasil*, Universidade Federal do Maranhão, Série Debates.
112. Costa NR 2001. *A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva*, in Barjas N & Giovanni G 2001. *Brasil: Radiografia da Saúde*, Instituto de Economia – UNICAMP, Campinas.
113. Costa NR Silva PLB Ribeiro JM 1999. *A descentralização do sistema de saúde no Brasil*, ENAP - Revista do Serviço Público, Nº 3, Brasília.
114. Costa V, 2004, *Federalismo*, in Avelar L. & Cintra AO, *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*, Fundação Konrad-Adenauer-Stifung & Editora UNESP, Rio de Janeiro – São Paulo, 2004
115. Costa, N.doR. Ribeiro, J.M., Silva, P.L.B., Melo, M.A.C.de, 2001, *O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde*, Revista de Administração Pública, 35(2), 195-221, Rio de Janeiro.
116. Cotta RMM, Mendes FF e Muniz JR 1998, *Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real*, Editora Universidade Federal de Viçosa – CEBES, Viçosa.
117. Dagnino E 1994, *Anos 90 – Política e Sociedade no Brasil*, Editora Brasiliense, São Paulo.
118. Dahal, R.A., 1997, *Poliarquia: participação e oposição*, EDUSP, São Paulo.
119. Dahl, R.A., 2001, *Sobre a democracia*, Editora UNB, Brasília.
120. Davanzo AMQ & Fonseca RB 2002. *Estudo para o regionalismo do SUS*, in Negri B & Viana ALd'Á 2002. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*, Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – Sobravime; Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – Cealag, São Paulo.
121. Diacon, T. 2006, *Rondon – O Marechal da Floresta*, Editora Companhia da Letras, São Paulo
122. DIAP – Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar, 1997, *Balanco da Reforma Administrativa*, Brasília
123. Dias, E. F., *A Liberdade (Im)Possível na Ordem do Capital – Reestruturação Produtiva e Passivização*, Textos Didáticos, n.29, IFCH-UNICAMP, 1997
124. Dias, E. F., *Capital e Trabalho: a Nova Dominação*, in *A ofensiva Neoliberal, Reestruturação Produtiva e Luta de Classes*, Editora Sindicato dos Eletrecitários de Brasília, Brasília – DF, 1996
125. Durkeim E 1978, *As Regras do Método Sociológico*, in *Os Pensadores*, Abril Cultural, São Paulo (71-162).

126. Dussault G 1992. *A gestão de serviços de saúde: características e exigências*. Revista de Administração Pública 2(26).
127. Eco H 1989. *Como se faz uma tese*, Editora Perspectiva, São Paulo.
128. Elias P 2001. *Afinal, de qual descentralização falamos?* (comentário ao texto de Levcovitz *et al.*, 2001). *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):310-313.
129. Engels F & Kautsky K 1991. *O Socialismo Jurídico*. São Paulo: Editora Ensaio.
130. Escobar, A.L., 2001, *Epidemiologia da tuberculose na população indígena Pakaánova (Wari), Estado de Rondônia*, Tese de Doutorado, ENSP – FIOCRUZ, Rio de Janeiro
131. Escola Nacional de Administração Pública/ENAP 1993. *O contrato de gestão no serviço público*. Centro de Documentação, Informação e Difusão Graciliano Ramos, Brasília.
132. Faoro R 1976. *Os Donos do Poder*, Editora Globo, Porto Alegre.
133. Fausto B 1999. *História do Brasil*, Editora da Universidade de São Paulo.
134. Ferreira, M.R., 2005. *A Ferrovia do Diabo*, Editora Melhoramentos, São Paulo.
135. Figueiredo, A.C., 1997, *Princípios de Justiça e avaliação de políticas*, CEDEC, Revista Lua Nova, n 39, 73-103, São Paulo.
136. Fiori JL 1993. *Sobre a “crise contemporânea”*: uma nota perplexa. *Revista Síntese Nova Fase*, 20(62), Belo Horizonte.
137. Fiori JL 1995, *O federalismo frente ao desafio da globalização*, UERJ/IMS, Rio de Janeiro
138. Freitag B 1989. *A Questão da Moralidade: da razão prática de Kant à ética discursiva de Habermas* - *Revista de Sociologia USP* - São Paulo - 1(2) - 2. sem.
139. Freyre G 1996. *Casa Grande & Senzala*, 31<sup>a</sup> Edição, Editora Record, Rio de Janeiro.
140. Freyre G 2004. *Sociologia da Medicina*, Editora Universidade de Brasília, Brasília.
141. Gerschman S 1999. *A Descentralização da Política de Saúde no Final dos Anos 90*, in *Anais do V Encontro Nacional de Economia da Saúde*, Associação Brasileira de Economia da Saúde, Salvador.
142. Giddens A 1999. *A Terceira Via*, Instituto Teotônio Vilela, Brasília.

143. Goldenberg C, Marsiglia R e Gomes M, (orgs.) 2003, *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*, Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
144. Gonsalvez, F. L. S., 1996, *Relações de Trabalho no Brasil: Hora de Mudar?*, in. *Reformas Políticas e do Estado, São Paulo em Perspectiva*, SEADE, Vol.10, n. 4, São Paulo
145. Gramsci A 1978. *Os intelectuais e a Organização da Cultura*, 7ª ed., Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.
146. Gramsci A 1980. *Maquiavel a Política e o Estado Moderno*, Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.
147. Gramsci A 1995. *Concepção Dialética da História*, 10ª ed., Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.
148. Guimarães R., Lourenço R., e Cosac, S., 2001, *A pesquisa em epidemiologia no Brasil*, Artigo Especial – Revista de Saúde Pública; 2001, 35(4): 321-340.
149. Guimarães, L. e Giovanella, L., 2004, *Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde em Mato Grosso*, Saúde em Debate, V. 28, n. 67, 149-158, Rio de Janeiro.
150. Guimarães, L. e Giovanella, L., 2004, *Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil*, OPAS, Revista Panamericana de Salud Pública, V. 16, n. 4, 283-288
151. Guyomarch, A., 1999, 'Public service', 'public management', and the modernization of French public administration, Public Administration, 77 : 1, p. 171-193
152. Habermas J 1983. *Técnica e Ciência como Ideologia*, in Benjamin, Habermas, Horkheimer e Adorno, Os Pensadores, Abril Cultural, São Paulo.
153. Haverroth, M., 2004, *O contexto cultural das doenças diarreicas entre os Wari', estado de Rondônia, Brasil. Interfaces entre antropologia e saúde pública*. Tese de Doutorado, ENSP – FIOCRUZ, Rio de Janeiro
154. Heimann LS Cortizo TC Castro INE Kayano J Rocha JL Nascimento PR Boaretto RC Pessoto CU Junqueira V 2000. *Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal*, Editora Hucitec, São Paulo.
155. Hill, M., 1997, *The policy process in the modern state*, Prentice Hall and Pearson Education, England, Herlow
156. Hobsbawm R 1995, *A Era dos Extremos – O breve século XX – 1914-1991*, Companhia das Letras, São Paulo.
157. Hogwood, B. & Gunn, L., 1984, *Policy analyses for the world*, Oxford University Press, Oxford.

158. Hortale, V., Pedroza, M. & Rosa, M.L.G., 2000, *Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde*, *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 231:239, Rio de Janeiro
159. Immergut, E., 1992, *Health politics – interests and institutions in western Europe*, Cambridge University Press, Cambridge, USA.
160. INPE – Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, 2000, *Evolução da Cobertura Florestal na Amazônia*
161. Jann, W. & Reichard, C., 2002, *Melhores práticas na modernização do Estado*, in *Revista do Serviço Público*, ano 53, n. 3, jul-set 2002, p. 31-48, Brasília.
162. Junior, O. B. L., 1998, *As Reformas Administrativas no Brasil: Modelos Sucesso e Fracassos*, in *Revista do Serviço Público*, ENAP, Nº 2, Abr/Jun, Brasília.
163. Kettl, D., 2000, *The global public management revolution: a report on the transformation of governance*, Brookings Institution, Washington DC.
164. King, S.D., 1988, *O Estado e as estruturas sociais de bem-estar em democracias industriais avançadas*, in *CEBRAP, Novos Estudos*, n. 22, São Paulo.
165. Kirkert, W., 2001, *Public Management reform in the Netherlands: social reconstruction of reform ideas and underlying frames of reference*, Delft, Eburon.
166. Knoke D, Pappi FU, Broadbent J & Tsujinaka Y 1996, *Comparing policy networks. Labor politics in the US, Germany, and Japan*. Cambridge University Press,
167. Labra ME 1999, *Análise de políticas ,modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão*, *Revista de Saúde Coletiva* 9(2):131-166, Rio de Janeiro.
168. Labra, ME, 2003, *Política, Processo decisório e informação*, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro (mimeo)
169. Labra, ME, 2003a, *Aspectos Teóricos da Implementação de políticas – subsídios para analisar o SUS*, Trabalho apresentado ao VII Congresso de Saúde Coletiva, Brasília.
170. Lamounier, B., 1998, *Estrutura Institucional e governabilidade na década de 1990*, in *Fórum Nacional - O Brasil e as reformas Políticas*, José Olympio, São Paulo.
171. Lechner, N., 1996, *Reforma do Estado e condução política*, CEDEC, *Revista Lua Nova*, n. 37, 33-56, São Paulo.
172. Levcovitz E 1997. *Transição x Consolidação: o Dilema Estratégico da Construção do SUS. Um Estudo sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde- 1974/1996*. Tese de Doutorado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro.

173. Levcovitz E, Lima L & Machado C 2001. *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. Ciência e Saúde Coletiva 6(2):269-291 – Rio de Janeiro.
174. Lindblon C 1981. *O processo de decisão política*, Editora Universidade de Brasília.
175. Lucchese PTR (Coord.) 2003. *A gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde – o diálogo na Comissão Intergestores Tripartite*, FIOCRUZ : ENSP/EGS, Rio de Janeiro.
176. Lucchese PTR 1996. *Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995*, Planejamento e Políticas Públicas nº 14, IPEA – Brasília.
177. Mainwaring, S. e Scully. R.T., 1994, *A institucionalização dos sistemas partidários na América Latina*, Dados, Revista de Ciências Sociais, V. 37, n.1, 47-79, Rio de Janeiro.
178. Marinho A, Moreno AB & Cavalini LT 2001. *Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde*. Texto para Discussão do IPEA, nº 848, Brasília.
179. Marx K & Engels F 1986. *Obras Escolhidas*, Volume II, Editora Alfa Ômega, São Paulo
180. Marx K 1963. *Economia Política e Filosofia*, Ed. Melso, Rio de Janeiro.
181. Marx, K., 1985. *O Capital*, Coleção Os Economistas: Editora Nova Cultural.
182. Matos C & Pompeu J, 2003, *Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS*. Ciência & Saúde Coletiva, V 8, Economia e Saúde, Rio de Janeiro
183. Matos C 2002 *A FENAJUFE e seus sindicatos: a CUT no Poder Judiciário Federal e no Ministério Público da União*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, IFCH-UNICAMP, Campinas.
184. Matos C 2002, *SUS: Descentralização*, Editora do Ministério da Saúde, Brasília.
185. Matos C, 2002, *SUS: princípios e conquistas*, Editora do Ministério da Saúde, Brasília.
186. Maturana H 2001. *Cognição, Ciência e Vida Cotidiana*. Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais.
187. Matus C 1996, *Adeus Senhor Presidente: governantes governados*, FUNDAP, São Paulo.

188. Mazmanian, D.A. e Sabatier, P.A., 1989, *Implementetation and public poliy*, University of America Press, Lanham, New York, London
189. Meadows AJ 1999. *A Comunicação Científica*, Briquet de Lemos, Brasília.
190. MÉDICI, A. e CZAPSKI, C. (1995). *Evolução e Perspectivas dos Gastos Públicos com Saúde no Brasil*. Ministério da Saúde – legislação pertinente.
191. Melo MA 1996. *Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal”*: efeitos perversos da descentralização?, *São Paulo em Perspectiva* v. 10, n. 3, São Paulo.
192. Mendes EV 2001. *Os grandes dilemas do SUS*. Editora Casa da Saúde, Salvador.
193. Meszáros, I., 1996, *O Poder da Ideologia*, Editora Ensaio, São Paulo.
194. Mills, C.W., 1969, *A Imaginação sociológica*, 2ª edição, Zahar Editores, Rio de Janeiro.
195. Minayo MCS & Deslandes SF 2002. *Caminhos do Pensamento – Epistemologia e Método*, Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
196. Minayo MCS 1999. *O desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*, 6ª Edição, HUCITEC-ABRASCO, São Paulo Rio de Janeiro.
197. Minayo, MCS (org), 2000, *Pesquisa social – Teoria, método e criatividade*, 16ª. edição, Editora Vozes, Petrópolis.
198. Ministério da Saúde 2002a. *A operacionalização da Emenda Constitucional Nº 29*, Série D. Reuniões Conferências, Brasília.
199. Ministério da Saúde 2002b. *Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência à Saúde no Brasil 1998-2002*, Brasília.
200. Moisés, J.A. e Sadek, M.T.A., 1995, *Perspectivas de consolidação da democracia na América Latina*, SEADE, São Paulo em Perspectiva, V. 9, n. 1, 169-177, São Paulo.
201. Muramatsu, M. & Nashld, F. (eds.), 1997, *State and administration in Japan and Germany: a comparative perspective on continuity and change*, de Gruyter, Berlin.
202. Negri B & Giovanni G, (orgs.) 2001. *Brasil: Radiografia da Saúde*, Instituto de Economia – UNICAMP, Campinas.
203. Negri B & Viana ALd’Á, (orgs.) 2002. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*, Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – Sobravime; Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – Cealag, São Paulo.

204. NEPP/UNICAMP (1998). *Primeiro Relatório Parcial da Pesquisa “Descentralização dos Serviços de Saúde no Brasil: a Efetividade do Gerenciamento e Perfil do Gasto nos Municípios Habilitados para a Gestão Semiplena no Período 1994-1997.*
205. NESUR – UNICAMP 2001 – *Estudo dos aglomerados de saúde.* Editora do Ministério da Saúde, Brasília.
206. Nogueira RP 2003, *A saúde pelo avesso*, Editora Seminare, Natal.
207. Nunes ED 2003. *Ciências Sociais e Saúde: um panorama geral.* In: O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde (GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, R.M.G. e GOMES, M.H.de A.) pp. 57-72. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
208. Nunes E., 1997, *A gramática política do Brasil – clientelismo e insulamento burocrático*, ENAP-Jorge Zahar Editor, Brasília.
209. Offe C 1984. *Problemas estruturais do Estado capitalista*, Editora Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro.
210. Oliva A 2003. *Filosofia da Ciência.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
211. OPAS, UNB & Ministério da Saúde, 2004. *Árvore Lógica da Contratação de Recursos Humanos no SUS*, cd-rom, Brasília.
212. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) 1997. *Análise de custo-efetividade do projeto de controle da malária na Bacia Amazônica*, Brasília.
213. Osborne D & Gaebler T 1997. *Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público.* (9ª ed.). MH Comunicação, Brasília.
214. Oslack O & Fanelli AG & Llovet JJ 1987. *Descentralización de servicios de salud. El Estado y los servicios de salud, Serie Desarrollo de Servicios de Salud 17:1-12.* Organización Panamericana de La Salud/Organización Mundial de La Salud, Washington.
215. Paim, J e Filho, N. 2000, *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*, Casa da Qualidade Editora, Salvador.
216. Pêgo RA & Almeida C 2002. *Teoria y Práctica de las Reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México*, in in *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
217. Pereira LCB 1998. *Da administração pública burocrática à administração gerencial.* In LC Bresser Pereira & P Spink. *Reforma do Estado e administração pública gerencial.* (1ª ed.). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

218. Pereira LCB 1998a. *A reforma administrativa do sistema de saúde. Cadernos MARE* nº 13. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/MARÉ, Brasília.
219. Pereira, L. C. B., 1992, *A crise do Estado – Ensaaios sobre a economia Brasileira*, Editora Nobel, São Paulo.
220. Pereira, L. C. B., 1996, *Crise econômica e Reforma do Estado no Brasil – Para uma interpretação da América Latina*, Editora 34, São Paulo.
221. Pochman, M., 1999, *O Trabalho Sob Fogo Cruzado*, Ed. Contexto, São Paulo
222. Pollitt, C. e Bouckaert, G., 2000, *Public management reform: a comparative analysis*, Oxford University Press, Oxford.
223. Pollitt, C. e Bouckaert, G., 2002, *Avaliando reformas da gestão pública: uma perspectiva internacional*, in *Revista do Serviço Público*, ano 53, n. 3, jul-set 2002, p. 5-29, Brasília.
224. Przeworski A 1998. *Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente X principal*. In LC Bresser Pereira & P Spink. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. (1ª ed.). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
225. Rawls J 1985. *Teoria de la Justicia*. Méjico, Fondo de Cultura Económica.
226. Rezende, F. da C., 2002, *O dilema do controle e da falha seqüencial nas reformas gerenciais*, in *Revista do Serviço Público*, ano 53, n. 3, 51-76, Brasília.
227. Rondônia – Assembléia Legislativa, 2005, *Constituição Estadual de 1989*, Porto Velho
228. Rondônia – CES, 2001, *Atas de Reunião*, Porto Velho
229. Rondônia – CIB, 2000 e 2002, *Atas de Reuniões*, Porto Velho
230. Rondônia – COSEMS, 2000, *Atas de reuniões*, Porto Velho
231. Rondônia – SESAU, 2000, *Avaliação das Secretarias Municipais de Saúde*, Porto Velho.
232. Rondônia – SESAU, 2001, *Programação Pactuada e Integrada de Rondônia*, Porto Velho
233. Rondônia – SESAU, 2002, *Perfil do Sistema de Saúde – 1998 a 2002, Porto Velho*
234. Rondônia – SESAU, 2002a, *Relatório das condições administrativas encontradas na SESAU – Dezembro de 2002*, Porto Velho
235. Rondônia, Assembléia Legislativa, 2003, *A marca da nossa História: 1983 a 2003 – Vinte Anos*, Porto Velho

236. Sá, D.R., 2003, *Malária em terras indígenas habitadas pelos Wari, no estado de Rondônia: estudo epidemiológico e entomológico*, Dissertação de Mestrado, ENSP – FIOCRUZ, Rio de Janeiro
237. Sabatier, P. & Jenkins, S., 1993, *Policy change and learning*, Warren Publishing, Washington DC.
238. Sabatier, P. A., 1999, *Theories of policy process*, Westview Press, California
239. Sader R 1990. *Gramsci: Sobre Poder, Política e Partido*, Ed. Brasiliense, 1ª edição, 1990, São Paulo.
240. Santos, L. A., 1997, *Reforma Administrativa no Contexto da Democracia – A PEC 173/95, suas Implicações e Adequação ao Estado Brasileiro*, Cadernos Debate n. 3 - DIAP, Brasília.
241. Savoie, D., 1994, *Thacher, Reagan and Mulroney: in search a new bureaucracy*, University of Toronto Press, Toronto.
242. Seminário, Anais, 1993, *Municipalização de políticas públicas*, IPEA-ENAP, IBAM, Brasília.
243. Senado Federal, 2002, *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*.
244. Sennet R 1999. *A Corrosão do Caráter – Conseqüências Pessoais do Trabalho no Novo Capitalismo*, Editora Record, Rio de Janeiro.
245. Silva, P.L.B. e Melo, M.A.B., 2000, *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*, NEPP-UNICAMP, Caderno 48, Campinas
246. Sistemas de Informação – SIA, SIH, SIAB, CNES, SIOPS, outras bases DATASUS/MS, IBGE, IPEA, etc.
247. Soares, J. de L., 1998, *Sindicalismo no ABC Paulista: Reestruturação Produtiva e Parceria*, Ed. Outubro – Centro de Educação e Documentação Popular, Brasília.
248. Sodré, N.W., 1978, *As razões da Independência*, 3ª. edição, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.
249. Sokal A. e Bricmont 1999. *Imposturas Intelectuais*, Rio de Janeiro – São Paulo: Editora Record.
250. Souza C., 1996, *Reinventando o poder local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização*. São Paulo em Perspectiva v. 10, n. 3, p. 38-52, São Paulo.
251. Souza, C., 1999, *Redemocratização, Federalismo e Gasto Social no Brasil: tendências recentes*, XXIV Encontro Anual da ANPOCS, Petrópolis

252. Steinmo, S., Thelhen, K. & Longstreth, F. (eds.), 1994, *Structuring politics, historical institutionalism in comparative analysis*, Cambridge University Press, Cambridge.
253. Teixeira, S.F. 1995, (org.), *Reforma Sanitária – em busca de uma teoria*, Cortez-Abrasco, 2<sup>a</sup>. edição, São Paulo.
254. Thiollent MJM, 1982, *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*, 3<sup>a</sup>. edição, Coleção Teoria e História volume 6, Editora Polis, São Paulo.
255. Tobar F & Yalour MR 2001. *Como fazer teses em saúde pública, conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*, Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
256. Urdaneta Gutiérrez, M.M., 1998, *Ensaio de campo da vacina antimalária SPf66 em Costa Marques, Rondônia*, Tese de Doutorado, ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro
257. Viana AL d'Ávila 1996. *SUS: entraves à descentralização e propostas de mudança*. in Affonso RBA & Silva PLB (org.) 1996. *Descentralização e Políticas Sociais*, FUNDAP, São Paulo.
258. Viana, AL d'Ávila, 1998, *Estudo Sobre o Processo de Reforma em Saúde no Brasil : Análise do Programa de Saúde da Família*, IMS : UERJ., Informe final de pesquisa, Rio de Janeiro.
259. Walt, G., 1994, *Health Policy – An introduction to process and power –* Zed Books, London, Atlantic Highlands, New Jersey, and Witwatersrand University Press, Johannesburg.
260. Weber M 1974. *Max Weber*. Coleção os Pensadores. São Paulo: Editora Abril Cultural.
261. Weber M 1986. *Max Weber*. Coleção Grandes Cientistas Sociais, Editora Ática, São Paulo.
262. World Bank, 2002, *The New public management and its legacy*, htm, in [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)
263. World Health Organization 1990. *Health System Decentralization – Concepts, issues and country experience*, Geneva.

## ANEXOS

**O Estado de Rondônia: informações preliminares**

Resumo dos principais indicadores de Rondônia.

(Fonte: IBGE, DATASUS e [www.portalbrasil.net](http://www.portalbrasil.net))

Área: 237.564,5 km<sup>2</sup>.

População – 1.379.787 (2000). Densidade: 5,8 hab./km<sup>2</sup> (2000). Crescimento demográfico: 2,2% ao ano (1991-2000). População urbana: 64,1% (2000). Domicílios: 347.194 (2000); carência habitacional: 35.502 (estimativa 2000). Acesso à água: 30,7%; acesso à rede de esgoto: 20,7% (2000)..

Relevo: planície a oeste, depressões e pequenos planaltos a norte, planalto a sudeste. Ponto mais elevado: Serra dos Pacaás (1.126 m). Rios principais: Madeira, Ji-Paraná, Guaporé, Mamoré. Vegetação: floresta Amazônica e cerrado a oeste. Clima: equatorial.

Municípios mais populosos - Porto Velho (334.661), Ji-Paraná (106.800), Ariquemes (74.503), Cacoal (73.568), Jaru (53.600), Vilhena (53.598), Rolim de Moura (47.382), Ouro Preto do Oeste (40.884), Guajará-Mirim (38.045), Pimenta Bueno (31.752) (IBGE, 2000).

Saúde (IBGE, 2000) – Mortalidade infantil: 32,80. Médicos: 6,7 por 10 mil hab. (set./2002). Leitos hospitalares: 2,4 por mil hab. (jul./2002).

Educação – Educação infantil: 28.796 matrículas (70,5% na rede pública). Ensino fundamental: 318.707 matrículas (94,2% na rede pública). Ensino médio: 52.883 matrículas (89,9% na rede pública) (2002). Ensino superior: 15.651 matrículas (51,9% na rede pública) (2000). Analfabetismo: 11,5%; analfabetismo funcional: 36,7% (2000).

Economia – Participação no PIB nacional: 0,5% (2000). Composição do PIB: agropecuária: 17,5%; indústria: 23,1%; serviços: 59,5% (1999). PIB per capita: R\$ 4.065 (2000). Agricultura: mandioca (311.069 t), milho (181.471 t), arroz (144.591 t), café (90.416 t), feijão (47.974 t), cacau (15.779 t) (maio/2002). Extrativismo: madeira (647.515 m<sup>3</sup>), lenha (495.871 m<sup>3</sup>), castanha-do-pará (6.508 t) (2000). Pecuária: bovinos (5.664.320), aves (5.291.407), suínos (460.868), eqüinos (124.786) (2000). Mineração: areia e cascalho (698.900 m<sup>3</sup>), pedra britada (532.629 m<sup>3</sup>), calcário (60.400 t), estanho-cassiterita (7.797.797 kg), água mineral (22.936.896 l) (2000).

Indústria: alimentícia, extrativa mineral, madeireira (2000). Exportações: (US\$ 56,8 milhões): madeira (92%), granito (3%), carnes congeladas (2%). Importações: (US\$ 35,9 milhões): geradores a diesel (85%), malte (5%), trigo (2%) (2001).

Capital – Porto Velho. Pop.: 334.661 (2000). Malha pavimentada: 30% (1999). Vias urbanas iluminadas: 60% (1999). Jornais diários: 3 (2001). Cultura e lazer: bibliotecas públicas (2), museus (2), teatros e casas de espetáculo (2), cinemas (4) (1999).

Nações indígenas de Rondônia – fonte: Instituto Sócio Ambiental, 2006

Nome	Outros nomes / Grafias	Família/ língua	UF e Limitrofes	População censo/ estimativa	Ano
Aikanã.	Aikaná, Massaká, Tubarão, Cassupá, Corumbiara	Aikanã	RO	180	2005
<u>Ajuru.</u>	.	Tupari	RO	77	2001
Akuntsu.	Akunt'su	?	RO	6	2005
Amondawa.	.	Tupi-Guarani	RO	83	2003
<u>Arikapu.</u>	Aricapu	Jaboti	RO	19	2001
<u>Aruá.</u>	.	Monde	RO	58	2001
Cinta Larga.	.	Tupi Mondé	RO / MT	1300	2003
<u>Gavião.</u>	Digü	Monde	RO	436	2000
<u>Jabuti.</u>	Jeoromitxi	Jaboti	RO	123	2001
Kanoê.	Canoê, Kapixanã	Kanoê	RO	95	2002
Karipuna.	Caripuna	Tupi-Guarani	RO	21	2001
Karitiana.	Caritiana, Yjxa	Arikém	RO	320	2005
Karo.	Arara	Ramarama	RO	184	2000
<u>Kaxarari.</u>	Caxarari	Pano	AM/RO	269	2001
<u>Kujubim.</u>	Kuyubi	Txapakura	RO	27	2001
Kwazá.	Coaiá, Koaiá	Kwazá	RO	25	1998
Macurap.	Makurap	Tupari	RO	267	2001
<u>Nambikwara (subgrupos Nambikwara do Campo Nambikwara do Norte Nambikwara do Sul)</u>	Anunsu, Nhambiquara Halotesu, Kithaulu, Wakalitesu, Sawentesu Negarotê, Mamaindê, Latundê, Sabanê, Manduka, Tawandê Hahaintesu, Alantesu, Waikisu, Alaketesu, Wasusu, Sararé	Nambikwara Nambikwara Nambikwara	MT/RO	1145	2001
<u>Oro Win.</u>	.	Txapakura	RO	50	2000
Paiter.	Suruí Paíter	Mondé	RO	920	2003
Pakaa Nova.	Wari (autodenominação), Pacaás Novos	Txapakurat	RO	1.930	1998
<u>Puroborá.</u>	.	Puroborá	RO	62	2006
Sakurabiat.	Mekens	Tupari	RO	66	2003
Tupari.	.	Tupari	RO	378	2005
Uru-Eu-Wau-Wau.	Urueu-Uau-Uau, Urupain, Jupaú	Tupi-Guarani	RO	87	2003

Total 8.128

## **Os Municípios de Rondônia**

(Baseado em: Rondônia – Assembléia Legislativa, 2002)

### **ARIQUEMES**

O vale do Jamari, onde se localiza hoje o Município de Ariquemes, era conhecido desde o século XVIII pela abundância de cacauzeiros nativos de suas florestas. Em 1749, o sargento-Mor Luiz Fagundes Machado auxiliado pelo piloto Antônio Nunes de Souza e o sertanista João de Souza Azevedo, chefiando uma expedição de cento e cinquenta homens, explorou a bacia do rio Jamari, por ordem do governador da Capitania do Grão-Pará.

No início do Séc. XX, quando a Comissão de Linhas Telegráfica Mato Grosso/Amazonas, chefiada pelo Tenente Coronel Cândido Mariano da Silva Rondon, alcançou o rio Jamari no local onde se localiza Ariquemes, encontrou a sede do seringal Papagaios de propriedade do Coronel Borges S. do Carmo. Aí instalou um posto telegráfico, denominando-o Ariquemes, em homenagem à nação indígena dos Ahopôvo a qual os Urupás seus inimigos apelidavam de Arikemes. O nome da estação telegráfico "Ariquemes" estendeu-se a toda localidade. Criado em 1943 o Território Federal do Guaporé, a localidade passou a fazer parte do município de Porto Velho, como distrito de Ariquemes.

O progresso e o desenvolvimento de Ariquemes ocorreram a partir de 1958 com a descoberta e a exploração da cassiterita (minério de estanho) e com a implantação dos Projetos Integrados de Colonização do INCRA em 1970, que atraíram para sua área um fluxo migratório de colonos oriundos das regiões Centro-Sul do País. Sua expansão induziu o Prefeito Municipal de Porto Velho, Antônio Carlos Cabral Carpintero, a determinar a mudança da sede do Distrito, da antiga vila para outro local, onde iniciou a instalação de uma cidade planejada dividida em quatro setores, o institucional, o comercial, o industrial e residencial, surgindo a Nova Ariquemes que passou a ser sede do Município de Ariquemes, criado pela Lei n.º 6448 de 11 de outubro de 1977.

### **MACHADINHO DO OESTE**

A cidade de Machadinho surgiu de um dos Projetos de Colonização do INCRA no Município de Ariquemes, do qual foi desmembrado. Situava-se no vale do rio Ji-Paraná, tendo todo o seu território atravessado de Sul para o Norte pelo rio Ji-Paraná.

Seu rápido crescimento populacional e desenvolvimento econômico decorrente das atividades agrícolas levaram a sua autonomia política e administrativa. A área do Projeto Integrado de Colonização Machadinho foi elevada à categoria de Município, com sede no povoado do mesmo nome com status de cidade. O seu nome é em homenagem do rio Machadinho, afluente da margem esquerda do rio Ji-Paraná.

### **JARÚ**

A cidade de Jaru, sede do Município do mesmo nome, situada no vale do rio Jarú, surgiu em torno de um dos postos telegráficos instalado em 1912 pela Comissão da Linha Telegráfica Estratégica Mato Grosso/Amazonas, chefiada pelo então Cel. Cândido Mariano da Silva Rondon. Porém o vale do rio Jaru era ocupado pelos

seringais e seringueiros desde o século XIX, apesar da resistência imposta pela nação dos Jarus, que a tinham sob seu domínio, ocupando uma extensa área que se estendia desde o rio Jaru afluente da margem esquerda do rio Ji-Paraná, até às margens do alto curso do rio Madeira. Em 1950, a Comissão Rondon procedeu a exploração de estudos do rio Madeira. Em 1915, a Comissão Rondon procedeu a exploração de estudos do rio Jaru, mantendo este nome em homenagem aos seus primitivos habitantes os Jarus.

A ocupação atual do vale do Jaru ocorreu a partir de 1975 com a instalação do Projeto Integrado de Colonização "Padre Adolpho Rohl" pelo INCRA, para assentamentos de colonos oriundos principalmente, das regiões Centro Sul do País.

O seu desenvolvimento demográfico e econômico resultou na elevação da área do Projeto à categoria de Município. O município criado pela Lei n.º 6.921, de 16 de junho de 1981, recebeu o nome de Jaru, em homenagem ao rio e à nação indígena dos Jarus.

## **OURO PRETO DO OESTE**

Ouro Preto do Oeste teve origem do primeiro Projeto Integrado de Colonização, implantado em 1970, pelo INCRA para assentamento de colonos migrados das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul do País. Porém desde o século XIX os seringueiros do rio Urupá extraíam borracha e colhiam castanha em suas florestas.

A sede do Projeto foi localizada a margem da rodovia BR 364, distante 40 Km da Vila de Rondônia, hoje cidade de Ji-Paraná, sendo denominada Ouro Preto, em homenagem a serra e seringal com esse nome, situados na área delimitada pelo Projeto de Colonização.

O núcleo inicial e suas adjacências desenvolveram-se rapidamente, aumentando a sua população, a produção agropastoril, o comércio e a indústria, atingindo expressiva importância social e econômica, sendo elevada à categoria de município pela Lei n.º 6.921, de 16 de julho de 1981, desmembrado do município de Ji-Paraná.

## **JI-PARANÁ**

Localizado no vale do rio Ji-Paraná, sua sede fica situada na confluência do citado rio com o rio Urupá. A área hoje limitada pelo município começou a ser ocupada pelos nordestinos transmudados em seringueiros, a partir do século XIX. Que enfrentando a oposição aguerrida dos Muras (Parintins), Urupás e Jarus penetraram no rio Ji-Paraná a partir de sua foz no rio Madeira, em Calama, na exploração e produção de borracha, alcançaram os seus médio e alto curso, estabelecendo-se em seringais. Ao lugarejo em torno dos barracões sede dos seringais do Vale do Urupá, o denominaram com este nome, pelo qual ficou conhecido nas transações comerciais dos centros abastecedores (casas aviadoras) desses seringais, em Manaus e Belém. Em 1909, a Comissão Rondon ao atingir a foz do Rio Urupá, no lugarejo existente instalou um posto telegráfico, denominando-o Presidente Afonso Pena em homenagem ao então Presidente da República. Nome que gradativamente se impõe, substituindo o de Urupá.

O estágio de desenvolvimento atingido pela Vila e sua área de influência a fez ser elevada a categoria de Município, através da Lei n.º 6.448, de 11 de outubro de 1977, com a denominação de Ji-Paraná, em homenagem ao caudaloso Rio Ji-Paraná que

atravessa toda sua área de Sul para o Norte dividindo a cidade de Ji-Paraná em dois setores urbanos.

### **PRESIDENTE MÉDICI**

A cidade de Presidente Médici foi dada aos migrantes oriundos das regiões Centro-Sul do país, que aí se estabeleceram a partir de 1970. Contra a vontade do senhor Milton de Andrade Rios que os tinha como grileiros, invasores das terras que considerava serem de sua propriedade, já que alegava tê-las adquirido legalmente.

Os primeiros colonos chegaram ao local na margem da BR 364 na década de sessenta e instalaram-se em apenas quatro barracas no meio do lamaçal, dando-lhe o nome de Trinta e Três, por estar distantes 33 Km da Vila de Rondônia, atual cidade de Ji-Paraná. Seus moradores socorriam os motoristas e passageiros das viaturas que ficavam retidas em um imenso atoleiro conhecido por Muqui, nas proximidades do rio com este nome. O lugarejo crescia em número de habitantes e casas com a chegada de novos colonos que nele se estabeleciam, apesar da situação litigiosa.

No primeiro semestre de 1972, sua população atingia mais de 800 habitantes e os ônibus que ligavam Cuiabá-MT a Porto Velho-RO faziam ponto de parada no local. Era conhecida por dois nomes: Nova Jerusalém e Nova Canaã, ostentados em placas distintas colocadas pelos líderes de cada grupo de agricultores em frente de suas respectivas casas. Ainda nesse ano, os colonos realizaram eleição para escolher um único nome para localidade, sendo posta em votação os dois supracitados e mais Getúlio Vargas, Fátima do Norte, Cruzeiro do Sul e Presidente Médici, havendo sido escolhido esse último. O qual foi oficializado em 1973, ao ser o local elevado a categoria de Sub-Distrito, pelo Coronel do Exército Theodorico Gauva, na época governador de Rondônia.

Em decorrência de seu desenvolvimento sócio-econômico, foi o Distrito de Presidente Médici, elevado a município em 1981, mantendo este nome, em homenagem ao Presidente da República Emílio Garrastuzu Médici

### **CACOAL**

O nome Cacoal originou-se dessa denominação dada ao local pelo senhor Anísio Serrão de Carvalho. Ainda guarda fios da Comissão Rondon lá instalados em 1912. A denominação data a localidade, deveu-se à abundância de cacaeiros nativos existentes em sua floresta.

Por este nome, ficou conhecido o local pelos seringueiros que ali moravam e pelos garimpeiros de diamante que por eles passam, rumo aos Rios Comemoração de Floriano e Apidiá (Pimenta Bueno), tendo sido oficializado ao ser a localidade elevada à categoria de município, pela Lei n.º 6448 de 11 de outubro de 1977, com a denominação de Cacoal.

### **ROLIM DE MOURA**

Originou-se do Projeto de Colonização Rolim de Moura implantado na área pelo INCRA, destinado ao assentamento de colonos excedentes do Projeto Ji-Paraná. O nome do Projeto derivou-se do nome do Rio Rolim de Moura, denominação dada por Rondon em homenagem ao Visconde de Azambuja Dom Antônio Rolim de

Moura Tavares, Capitão General, primeiro Governador da Capitania de Mato Grosso, no período de 1748 a 1763. Entre seus feitos, destacam-se a construção de Vila Bela da Santíssima Trindade, sede da Capitania (1ª cidade artificial, planejada do Brasil) construção do fortim de conceição do rio Guaporé, nas proximidades das atuais ruínas do Real Forte Príncipe da Beira, destruição da povoação espanhola de São Miguel, na margem esquerda do rio Guaporé e expulsão de sua guarnição militar para o interior da Bolívia, então Vice-Reino do Peru.

Nome mantido ao ser a região elevada a categoria de Município, através do Decreto Lei Estadual n.º 071, de 05 de agosto de 1983.

### **NOVA BRASILÂNDIA**

Surgiu da expansão das frentes migratórias das regiões Centro-Sul do País. A partir de Presidente Médici, no eixo da rodovia BR 364, na direção do oeste, rumo ao vale do Guaporé, em busca de terras férteis propícias à agricultura. Seu nome é em homenagem à Brasília, cidade também pioneira interiorizada no Planalto Central Brasileiro, da mesma forma que Nova Brasilândia, Núcleo Populacional Urbano, interiorizado na Chapada dos Parecis, implantado pela coragem e trabalho dos novos pioneiros, desbravadores da Amazônia Ocidental.

O rápido desenvolvimento sócio-econômico alcançado pelo núcleo populacional resultou em sua elevação à categoria de município, por Decreto Estadual de 1983.

### **ALVORADA DO OESTE**

Alvorada do Oeste surgiu da interiorização dos colonos dos municípios de Ouro Preto do Oeste e Presidente Médici, expandindo-se na direção do Oeste, em busca de terras agricultáveis, localizando-se na Chapada dos Parecis. O núcleo urbano surgido teve rápido crescimento econômico e populacional, sendo por tal, elevado a categoria de município.

### **PIMENTA BUENO**

A cidade de Pimenta Bueno originou-se do aglomerado de barracas de seringueiros construídas em torno do posto telegráfico instalado em 1909 por Rondon na confluência dos rios Comemoração de Floriano e Pimenta Bueno (este último, o Apidiá dos indígenas). O nome de Pimenta Bueno dado ao rio Apidiá por Rondon, foi em homenagem a José Antônio Pimenta Bueno, Visconde e Marquês de São Vicente.

O insignificante povoado perdido na floresta teve um surto de progresso na década de cinquenta, quando ali os garimpeiros instalaram um arraial de apoio a garimpagem de diamante nos rios Comemoração, Pimenta Bueno e seus afluentes. Sendo construído campo de pouso para pequenos aviões escolas e instaladas casas comerciais.

Porém, seu desenvolvimento ocorre a partir da construção da rodovia BR 364, tendo um rápido crescimento demográfico, econômico e urbano sendo a região elevada a categoria do Município, mantendo o nome de Pimenta Bueno.

### **ESPIGÃO DO OESTE**

Surgiu na década de setenta, no Projeto de Colonização organizado pelos paulistas irmãos Melhorança, dividido em lotes rurais distribuídos aos colonos por eles recrutados nas regiões Sul-Sudeste do País. A sede administrativa da empresa colonizadora denominava-se inicialmente Itaporanga e passou posteriormente a chamar-se Espigão do Oeste, certamente, em alusão ao avanço dos migrantes na direção da Amazônia Ocidental.

A população de Espigão do Oeste, Núcleo pioneiro, afastado do eixo da rodovia BR 364, sofreu toda espécie de pressão, até violência policial, com o propósito de forçá-la a se retirar da região considerada como reserva dos Índios Suruís. Resistiu mantendo-se em suas glebas, transformando-se em centros de produção agrícola e pecuária e o incipiente aglomerado populacional em progressista e importante núcleo urbano, sendo elevado a categoria de município em 1981.

### **SANTA LUZIA DO OESTE**

O Município surgiu da expansão de colonos de Rolim de Moura em direção ao Vale do Guaporé. O povoado teve rápido crescimento demográfico e econômico, transformando em importante centro de produção agrícola, sendo elevado a categoria de Município em 1986.

### **VILHENA**

A área hoje delimitada pelo município de Vilhena foi alcançada por Rondon em 1909, comandando uma expedição de quarenta e duas pessoas. Estabeleceu acompanhamento na região para estudar seu ecossistema e seus habitantes indígenas. Implantou uma estação telegráfica, às margens do rio Piraculino, distante uns 5 Km da atual cidade de Vilhena.

Os campos Gerais ou Chapadão do Reino dos Parecis, como lhe denominavam os bandeirantes, como Antônio Pires, Paz de Barros e outros que desde 1718 já percorriam a região a procura de ouro, passou a ser conhecido como Vilhena. O nome foi dado à estação telegráfica por Rondon em homenagem a Álvaro Coutinho de Melo Vilhena, maranhense que em 1890 foi nomeado engenheiro chefe da organização da Carta Telegráfica da República. A estação telegráfica foi transferida em 12 de outubro de 1910, para novas instalações, na casa atualmente conhecida por "Casa de Rondon".

O povoado começou a se formar a partir dos primeiros anos da década de 1960, nas proximidades do igarapé Pires de Sá, em decorrência da construção da rodovia BR 29, atual BR 364, e de um campo de aviação com pista asfáltica para receber o Presidente da República Juscelino Kubitschek de Oliveira, quando pessoalmente veio ao local inaugurar a rodovia Brasília-Acre (em 29.09.1960).

Em Vilhena, o campo de aviação construída pela empresa Camargo Correia, uma das empreiteiras da construção da rodovia, além de servir aos seus aviões, tornou-se ponto de apoio aos aviões do Correio Aéreo Nacional, da Viação Aérea São Paulo/VASP e da Cruzeiro do Sul. Passou a sediar um destacamento da Força Aérea Brasileira e o Governo do Território construiu na localidade um hospital. Vilhena passou a se desenvolver rapidamente transformando-se em importante polo comercial e industrial, sendo elevado a categoria de município em 1977.

## **ALTA FLORESTA DO OESTE**

O Município foi criado em 1986. Sua origem foi em consequência do avanço da frente migratória rumo ao Oeste no Vale do Guaporé. O pequeno núcleo populacional evoluiu rapidamente transformando-se em importante pólo agrícola e comercial exigindo uma organização político-administrativa, sendo atendida com a elevação da região a categoria de Município.

## **COLORADO DO OESTE**

A cidade de Colorado do Oeste teve origem da sede do Projeto Integrado de Colonização Paulo Assis Ribeiro, nome dado a este, em memória ao piloto de helicóptero morto em acidente aéreo, em serviço no Vale de Colorado. Este Projeto de Colonização implantado pelo INCRA tinha por finalidade assentar os migrantes que chegavam à Vilhena.

A sede administrativa do Projeto transformou-se em pólo comercial com grande raio de influência e importância econômica, sendo o centro de comercialização e abastecimento das propriedades agropastoris de uma vasta área rural. Pelo desenvolvimento sócio-econômico alcançado, em 1981, foi elevado à categoria de município, com a denominação de Colorado do Oeste, denominação dada em homenagem ao rio Colorado, no vale do qual ficam suas bases geográficas.

## **CEREJEIRAS**

O município teve origem do Distrito de Cerejeiras, que por seu desenvolvimento econômico, crescimento demográfico e social, foi elevado a essa categoria, desmembrando-se de Colorado do Oeste, em 1983. O seu nome é em homenagem a essa importante espécie vegetal de alto valor comercial, abundante nas florestas da área do Município.

## **CABIXI**

O município de Cabixi teve origem ao distrito do mesmo nome desmembrado do município de Colorado do Oeste, em 1988, pela importância social e econômica, alcançada pela área por ele limitada. Sua base demográfica integra os vales dos rios Cabixi e Guaporé. Seus primeiros habitantes formam os índios Cabixis, ali encontrados pelos bandeirantes paulistas no século XVII e pela Comissão Rondon em 1909. O nome do município é em homenagem a esses primeiros habitantes, dos quais o rio emprestou o nome.

## **SÃO MIGUEL DO GUAPORÉ**

Surgiu do povoado assentado nas proximidades do rio São Miguel, por colonos vindo principalmente, dos municípios de Rolim de Moura e Presidente Médici.

O núcleo populacional desenvolveu-se rapidamente como pólo agrícola e pecuário, localizado na chapada dos Parecis entre as áreas de influência da BR 364 e do vale do Guaporé. Por seu crescimento demográfico e econômico foi, em 1988, elevado à categoria de município, desmembrando-se do município de Costa Marques, com o nome de São Miguel. Denominado assim, em homenagem ao rio São Miguel o mais importante do município.

## **COSTA MARQUES**

Surgiu da elevação do distrito de Costa Marques a categoria de município em 1981, desmembrando-se do município de Guajará-Mirim. Sua base geográfica fica no vale do rio Guaporé, sendo sua sede administrativa a cidade mais importante na margem desse rio.

A região limitada pelo município começou a ser ocupada a partir do fim do século XVII, intensificando-se no século XVIII, inicialmente nela se estabeleceram os espanhóis fundando as missões de São Simão, na foz do rio Corumbiara, e de São Miguel na foz desse rio e de Santa Rosa, a uns 4 Km abaixo da atual cidade de Costa Marques.

A denominação de Costa Marques à localidade, foi dada pelo Governador do Estado de Mato Grosso, em homenagem ao homem público Dr. Joaquim Augusto da Costa Marques, sexto presidente desse Estado no período de 1911 a 1915.

Ao ser elevado o distrito de Costa Marques a município, manteve esta denominação.

## **GUAJARÁ-MIRIM**

O nome do município de Guajará-Mirim é de origem indígena significando Cachoeira (Guajará) pequena (Mirim), assim já era conhecido o local desde o século XVIII, como um dos pontos de referência geográfica na rota Santa Maria, Belém-do Pará/Vila Bela da Santíssima Trindade em Mato Grosso. No início do século XX, tornou-se mais conhecida ao ser o local escolhido para o ponto terminal da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré. (Concluída em 30 de abril de 1912 e inaugurada oficialmente em 1 de agosto deste mesmo ano).

No dia 12 de junho de 1928, o povoado de Guajará-Mirim era elevado à categoria de cidade, passando a ser a sede do município do mesmo nome, através da Lei n.º 991, do Governo do Estado do Mato Grosso. A instalação do município ocorreu em 10 de abril de 1929.

Em 1943, passou a constituir-se parte integrante do Território Federal do Guaporé (Rondônia), nas condições de Município, ostentando o seu nome original de Guajará-Mirim.

## **NOVA MAMORÉ**

O município de Nova Mamoré, seu nome teve origem do fato circunstancial dos moradores de Vila Murinho, por necessidade de fugir do isolamento a que foram relegados com a desativação da ferrovia Madeira-Mamoré, mudaram-se para outro local à margem a rodovia BR 425 (Guajará-Mirim/Abunã), o qual denominaram de Vila Nova, provavelmente em alusão a vida nova que iniciavam no local escolhido para fazerem ressurgir a antiga morada que por circunstâncias adversas foram induzidos a abandoná-la.

O povoado expandiu-se rapidamente, tornando-se distrito do Município de Guajará-Mirim, para em seguida ser elevado à categoria de Município, mantendo o

nome de Vila Nova acrescido da localização geográfica, ficando sua denominação oficial, Vila Nova do Mamoré.

### **ALTO PARAÍSO**

Originou-se do NUAR (Núcleo Urbano de Apoio Rural) Marechal Dutra um dos projetos de assentamento de colonos do INCRA. O nome Alto Paraíso deve-se ao deslumbramento dos colonos ante a beleza da pujante floresta descortinada do topo de uma elevação de relevo do terreno, associando essa paisagem à idéia do que teria sido o Edem dos primórdios da humanidade. Denominando o núcleo ali surgido de Alto Paraíso, e com o qual foi criado o município pela Lei n.º 375, de 13 de fevereiro de 1992

### **NOVO HORIZONTE**

Criado pela Lei n.º 365, de 13 de fevereiro de 1992, originou o NUAR dessa mesma denominação, integrante do projeto de colonização Rolim de Moura. O pequeno núcleo inicial teve rápido desenvolvimento sócio-econômico graças à dedicação ao trabalho na agricultura e pecuária principalmente, pelos pioneiros seus fundadores. O destaque alcançado como centro de alta produtividade de agropecuário, foi fator decisivo para sua transformação em município.

### **CACAULÂNDIA**

Teve sua origem do NUAR (Núcleo Urbano de Apoio Rural) com essa denominação, integrante do projeto Marechal Rondon de assentamento de colonos do INCRA. Situado na zona cacaeira o núcleo desenvolveu-se rapidamente tendo por sustentação econômica a produção e a comercialização de cacau. Foi elevado a município com o nome de Cacaulândia, pela Lei n.º 374, de 13 de fevereiro de 1992.

### **CAMPO NOVO DE RONDÔNIA**

Surgiu de um núcleo de garimpagem, no qual foi construído um campo de pouso para pequenos aviões. O lugar passou a ter como referencial a nova pista de pouso, as pessoas denominavam o lugar para eles se dirigirem ao enviar correspondência, com o nome de "Campo Novo". Por sua evolução sócio-econômico foi transformado em município pela Lei n.º 379 de 13 de fevereiro de 1992, com a denominação de Campo Novo de Rondônia.

### **CANDEIAS DO JAMARI**

Tem sua origem oficial a ser instalado no local pertencente ao município de Alto Madeira com sede em Santo Antônio, pelo Governo do Estado de Mato Grosso, um Distrito Policial criado pelo Ato n.º 2.213, de 14 de novembro de 1939. O insignificante lugarejo à margem direita do rio Candeias servia de ponto de estacionamento de quem se dirigia para os seringais do alto rio Candeias, bem como, de depósito de borracha que descia o rio, pois o lugarejo fica no ponto de cruzamento da rodovia Mato Grosso-Amazonas nesse rio, facilitando o transporte de produção para Porto Velho ou para Cachoeira de Samuel onde aportavam as gaiolas e as outras embarcações de menor porte vindos de Manaus e para onde retornavam.

Somente no final da década de setenta, foi que o Candeias começou a expandir o seu núcleo urbano, a agricultura, o comércio e o turismo que proporcionam as praias do rio Candeias. O seu rápido desenvolvimento permitiu a sua elevação a município pela Lei n.º 363, de 13 de fevereiro de 1992.

### **CASTANHEIRAS**

Surgiu do NUAR União da Vitória integrante do Projeto de colonização Rolim de Moura. Que tornou-se destacado pela agropecuária, sendo elevada a município pela Lei n.º 366, de 13 de fevereiro de 1992, com o nome de Castanheiras, escolhido pelo Deputado Amizael Gomes da Silva, relator da constituição do Estado, por ser o espaço demográfico do município abundante dessas belas e importantes árvores da Hilea Amazônica.

### **CORUMBIARA**

Originou do NUAR Nova Esperança, integrante do Projeto de Colonização Paulo Assis Ribeiro/ INCRA. Tornando-se destacado núcleo agropecuária, com expressivo desenvolvimento sócio-econômico, foi elevado a município pela Lei n.º 377, de 13 de fevereiro de 1992, com a denominação de Corumbiara em homenagem a esse importante rio afluente da margem direita do rio Guaporé.

### **GOVERNADOR JORGE TEIXEIRA**

Criado pela Lei n.º 373, de 13 de fevereiro de 1992, com este nome em homenagem ao Governador Jorge Teixeira de Oliveira, criador do Estado de Rondônia e seu primeiro governante. O município surgiu do NUAR Pela Branca integrante do Projeto de Colonização Padre Adolfo Rohl. É importante centro econômico agropecuário.

### **JAMARI**

Surgiu de um povoado a margem da rodovia BR 364, a 105 Km de Porto Velho, denominado Itapoã do Oeste. O lugarejo teve rápido progresso econômico e social, proporcionando-lhe as condições de ser elevado a município, o que ocorreu através da Lei n.º 364, de 13 de fevereiro de 1992, com a denominação de Jamari, em homenagem a esse importante rio afluente da margem direita do rio Madeira, o qual atravessa o referido município. Nome sugerido pelo Deputado Amizael Gomes da Silva, justificando a sua sugestão com a premissa de que os municípios a serem criados devem ostentarem nomes que se identifique com a história, a geografia e a cultura de Rondônia.

### **MINISTRO ANDREAZZA**

Criado pela Lei n.º 372, de 13 de fevereiro de 1992, com este nome em homenagem ao Ministro Mário Andreazza em reconhecimento a sua direta participação na elevação de Rondônia a categoria de Estado. O município surgiu do NUAR Nova Brasília integrante do Projeto de Colonização Gy-Paraná/INCRA. É destacado pela agropecuária.

### **MIRANTE DA SERRA**

Surgiu do NUAR Mirante da Serra, integrante do Projeto de Colonização Ouro Preto/INCRA. Tornando-se importante centro produtor agrícola, atingindo relevante destaque social e econômico, foi transformado em município pela Lei n.º 369, de 13 de fevereiro de 1992. Seu nome é em homenagem a serra do Mirante, acidente do relevo do seu território.

### **MONTE NEGRO**

Teve origem do NUAR Boa Vista integrante do Projeto de Colonização Marechal Dutra/INCRA. O seu desenvolvimento sócio-econômico proporcionou-lhe as condições de ser transformado em município pela Lei n.º 378, de 13 de fevereiro de 1992, com denominação de Monte Negro, em homenagem a um acidente do relevo do seu território com esse nome.

### **RIO CRESPO**

Criado pela Lei n.º 376, de 13 de fevereiro de 1992, com este nome em homenagem ao rio Preto do Crespo. Surgiu do NUAR Cafelândia, integrante do Projeto de Colonização Mal. Deodoro/INCRA. É importante pólo agrícola e pecuário.

### **SERINGUEIRAS**

Criada pela lei n.º 370, de 13 de fevereiro de 1992, seu nome é uma homenagem à Hévea Brasiliense cuja exploração consolidou a posse da Amazônia e sua integração ao Território Nacional. E sendo a bacia do rio São Miguel no espaço geográfico do município uma área rica em seringueiras explorada desde o século XIX, nada mais justa a homenagem prestada. O município surgiu do NUAR Bom Princípio, integrante do Projeto de Colonização do mesmo nome. É importante pela agropecuária.

### **THEOBROMA**

Surgiu do NUAR Theobroma, integrante do Projeto de Colonização Padre Adolfo Rohl. O seu desenvolvimento econômico como pólo cacauero proporcionou-lhe as condições de ser transformado em município pela Lei n.º 371, de 13 de fevereiro de 1992. O seu nome é em homenagem ao cacau, cuja denominação científica é Theobroma.

### **URUPÁ**

Foi criado pela Lei n.º 368, de 13 de fevereiro de 1992, o seu nome é em homenagem ao rio Urupá, importante afluente do rio Ji-Paraná. Sua origem é do NUAR Urupá integrante do Projeto de Colonização Ouro Preto/INCRA. É destacado pólo agrícola e pecuário.

### **VALE DO PARAÍSO**

Surgiu do NUAR Vale do Paraíso, integrante do Projeto de Colonização Ouro Preto/NUAR. O seu nome é originado do Igarapé Paraíso em cujo vale fica localizada a cidade sede do novo município pela Lei n.º 367, de 13 de fevereiro de 1992.

### **ALTO ALEGRE DOS PARECIS**

Criado pela Lei n.º 570, de 22 de junho de 1994, fica situado na região sul, originou-se de um núcleo agropecuário, na Chapada dos Parecis, o seu nome deriva-se da beleza natural do local que entusiasmou seus fundadores dando-lhe essa denominação.

### **CUJUBIM**

Criado pela Lei n.º 568, de 22 de junho de 1994, originou-se de um núcleo agropecuário de cassiterita na área de influência de Ariquemes. O seu nome é em homenagem a uma ave da fauna amazônica, muito comum nas selvas de Rondônia.

### **NOVA UNIÃO**

Criado pela Lei n.º 566, de 20 de junho de 1994, situado na região central do Estado, surgiu de um Núcleo agropecuário, sua denominação é um alusão ao esforço a união de seus fundadores em prol do seu desenvolvimento.

### **PARECIS**

Criado pela Lei n.º 573, de 22 de junho de 1994, situado na região sul na Chapada dos Parecis, surgiu de um núcleo agropecuário. Seu nome é em homenagem a nação indígena com essa denominação.

### **PRIMAVERA DE RONDÔNIA**

Criado pela Lei n.º 569, de 22 de junho de 1994, situado na região Centro-Sul do Estado, originou-se de um núcleo agropecuário denominado por seus fundadores com o nome de Primavera.

### **TEIXEIRÓPOLIS**

Criado pela Lei n.º 571, de 22 de junho de 1994, surgiu de um núcleo agropecuário, situado na região central do Estado. O seu nome é uma homenagem ao Coronel Jorge Teixeira de Oliveira, primeiro Governador do Estado de Rondônia.

### **VALE DO ANARÍ**

Criado pela Lei n.º 572, de 22 de junho de 1994, surgiu de um núcleo agropecuário. Fica situado na região Leste do Estado, o seu nome é em homenagem ao rio Anarí, no vale do qual se localiza o município.

### **BURITIS**

Criado pela Lei n.º 649, de 27 de dezembro de 1995, situado na região Sul do Estado, surgiu de um núcleo agropecuário, o seu nome deriva-se da denominação de uma ave da fauna da região de Chupim.

### **PIMENTEIRAS DO OESTE**

Criado pela Lei n.º 645, de 27 de dezembro de 1995, situado na região sul do Estado, no Vale do Rio Guaporé, na margem deste rio, na fronteira com a república da Bolívia. Por sua beleza natural transformou-se em um dos pólos turístico

do Estado. O local já era habitado desde o século XVII primeiro pelos bandeirantes paulistas, depois pelos seringueiros no século XIX e segunda metade do século XX.

### **SÃO FELIPE DO OESTE**

Criado pela Lei n.º 567, de 22 de junho de 1994, fica situado na região centro-sul do Estado, originou-se de um núcleo agropecuário denominado por seus fundadores com nome de santo de sua devoção.

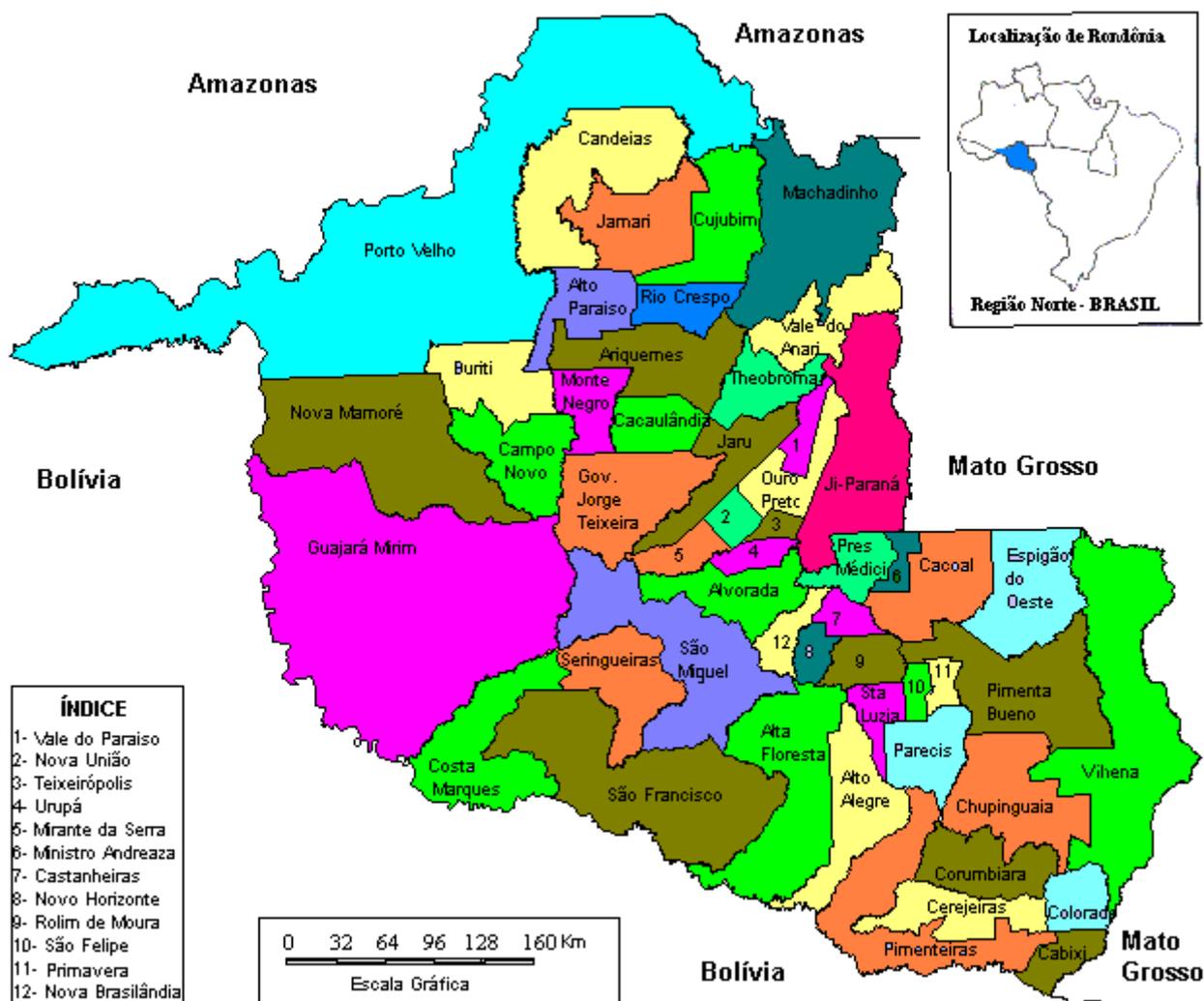
### **SÃO FRANCISCO DO GUAPORÉ**

Criado pela Lei n.º 644, de 276 de dezembro de 1995, fica situado no Vale do Guaporé. Surgiu de um núcleo agropecuário. O seu nome foi dado por seus fundadores em homenagem ao santo de sua devoção.

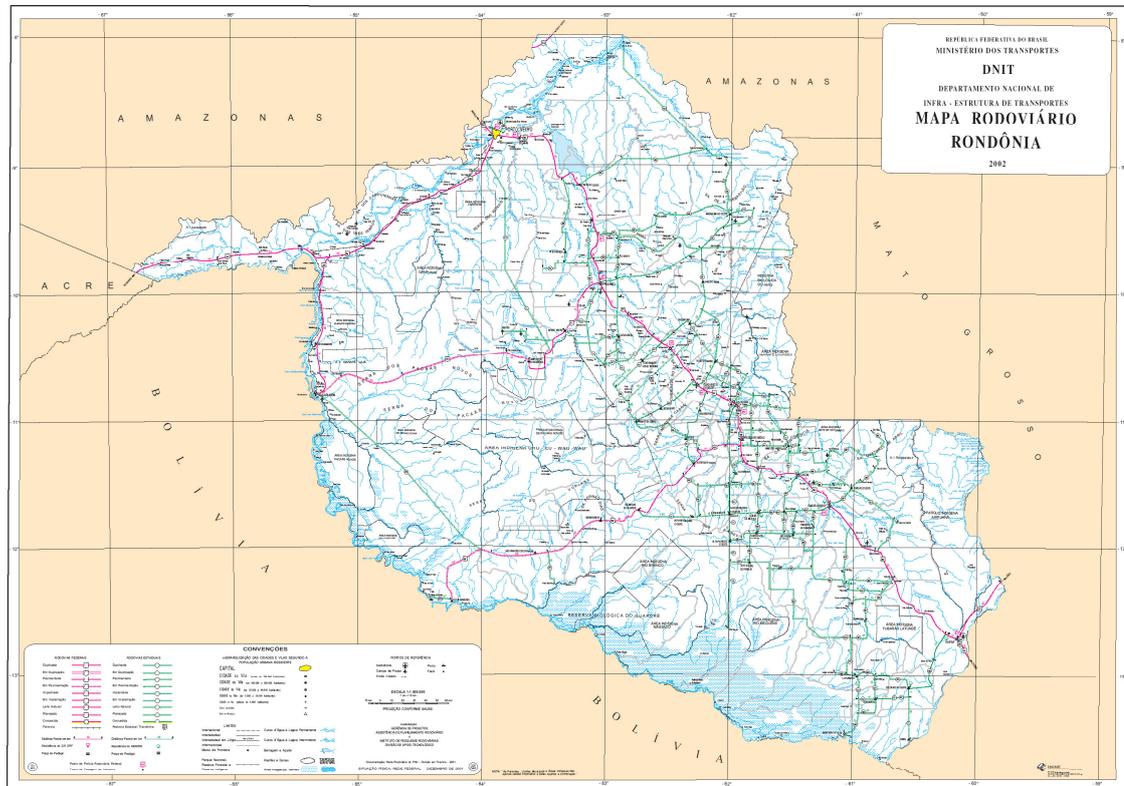
# Mapa 1

## Mapa político-administrativo de Rondônia

Fonte: IBGE, 2002



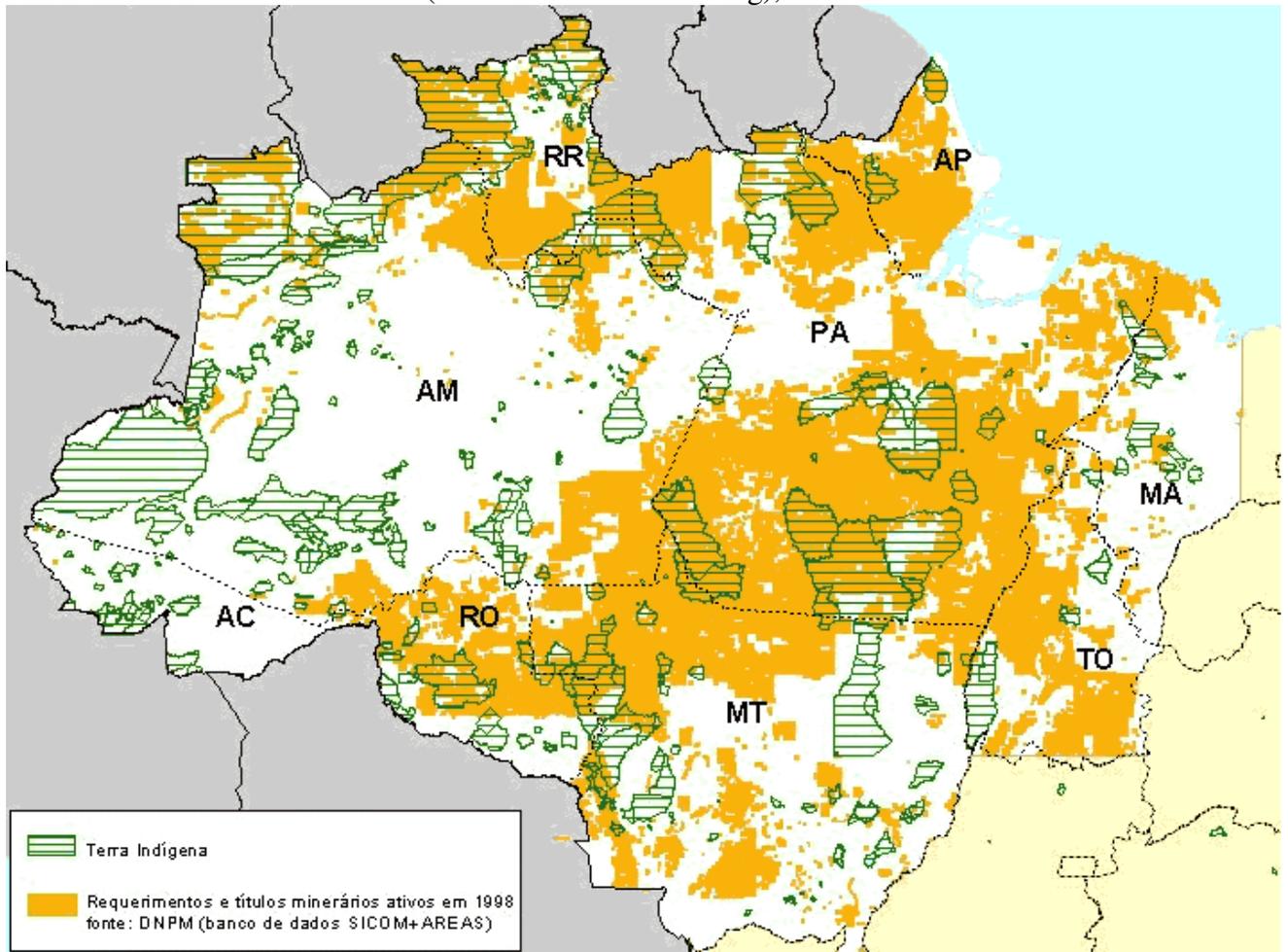
Mapa 2 – Mapa Rodoviário de Rondônia 2002 – fonte: DNIT



## Mapa 3

## Interesses Minerários em terras indígenas na Amazônia Legal

Fonte: Instituto Sócio Ambiental (www.socioambiental.org), 2005



Mapa 4  
Distritos Sanitários Especiais Indígenas



FONTE: Desai/Funasa/MS, setembro de 2003

- 01 - Alagoas e Sergipe - AL/SE
- 02 - Altamira - PA
- 03 - Alto Rio Juruá - AC
- 04 - Alto Rio Negro - AM
- 05 - Alto Rio Purus - AC/AM/RO
- 06 - Alto Rio Solimões - AM
- 07 - Amapá e Norte do Pará - AM/PA
- 08 - Araguaia - GO/MT/TO
- 09 - Bahia - BA
- 10 - Ceará - CE
- 11 - Cuiabá - MT
- 12 - Guamá - Tocantins - MA/PA
- 13 - Interior Sul - PR/RS/SC/SP
- 14 - Caiapó do Mato Grosso - MT/PA
- 15 - Caiapó do Pará - PA
- 16 - Leste de Roraima - RR
- 17 - Litoral Sul - PR/RJ/RS/SC/SP
- 18 - Manaus - AM
- 19 - Maranhão - MA
- 20 - Mato Grosso do Sul - MS
- 21 - Médio Rio Purus - AM
- 22 - Médio Rio Solimões e Afluentes - AM
- 23 - Minas Gerais e Espírito Santo - ES/MG
- 24 - Parintins - AM/PA
- 25 - Parque Indígena do Xingu - MT
- 26 - Pernambuco - PE
- 27 - Porto Velho - AM/MT/RO
- 28 - Potiguara - PB
- 29 - Rio Tapajós - PA
- 30 - Tocantins - TO
- 31 - Vale do Rio Javari - AM
- 32 - Vilhena - MT/RO
- 33 - Xavante - MT
- 34 - Ianomâmi - AM/RR

Gráfico 1  
Municípios com registro de uma ou mais consultas médicas de especialidades selecionadas no Brasil e em Rondônia – 2002 – fonte – SIA/SIH

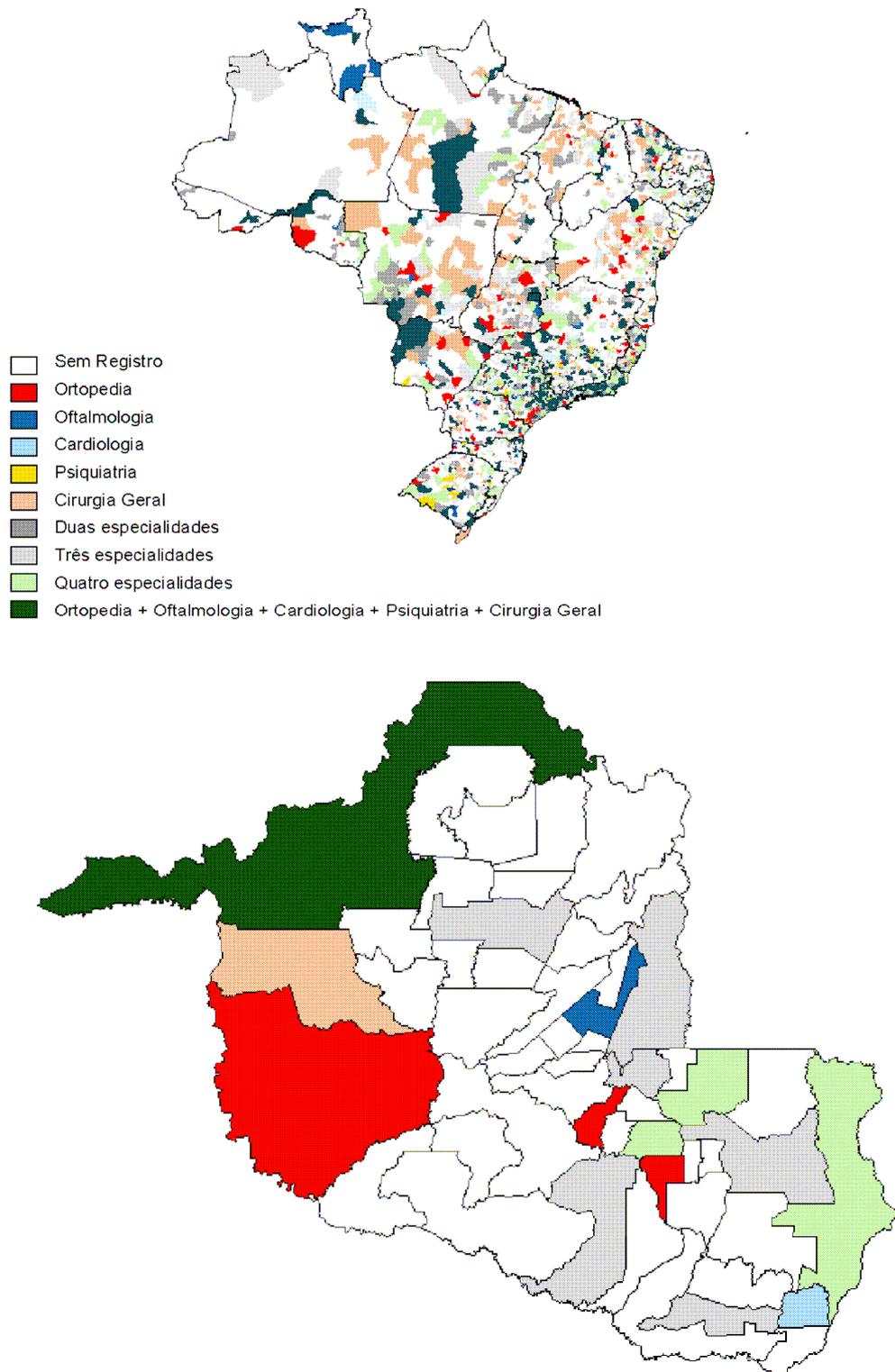


Gráfico 2  
Municípios com registro de uma ou mais consultas médicas de especialidades selecionadas no Brasil e em Rondônia – 2002 – fonte – SIA/SIH

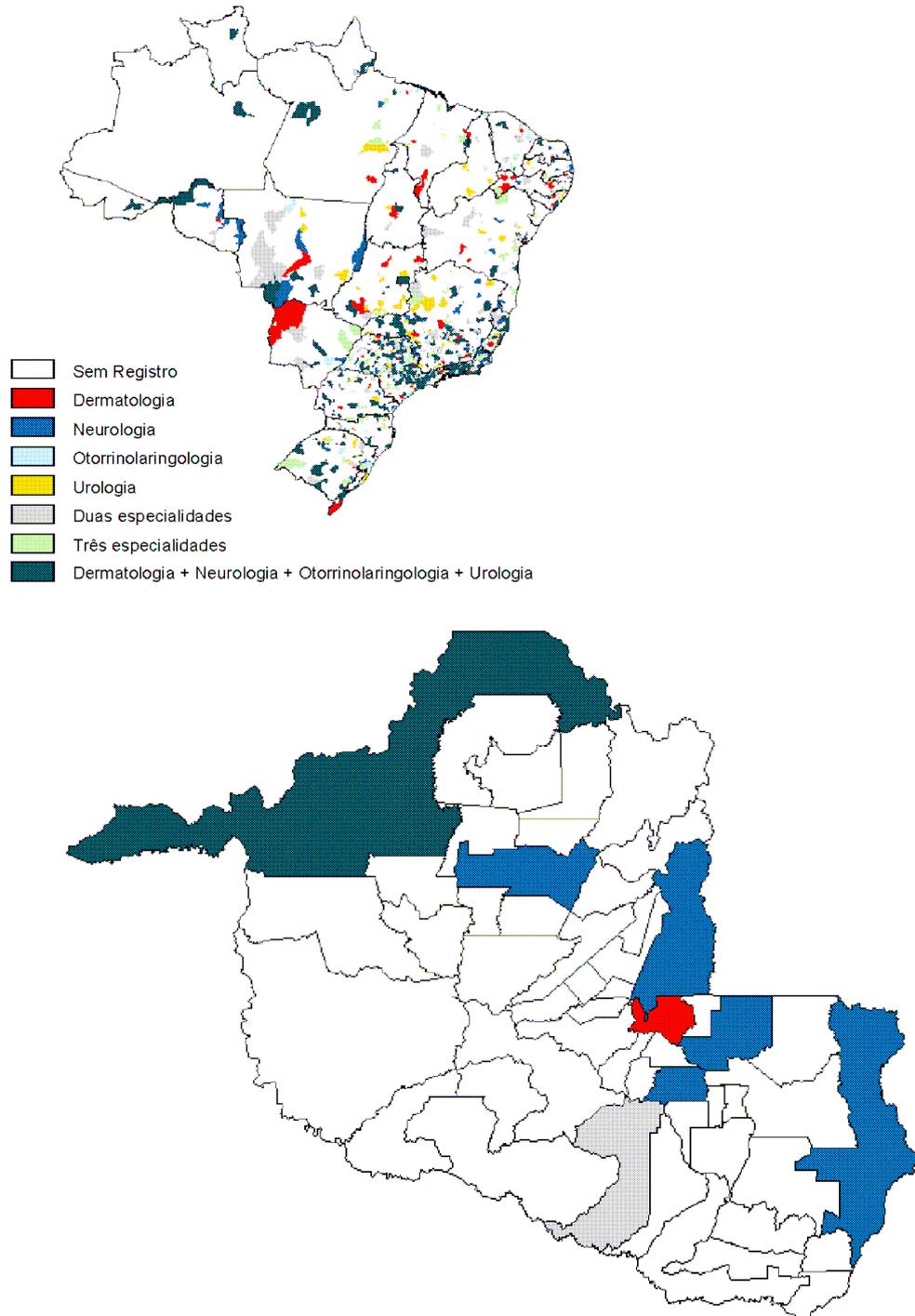


Gráfico 3  
Municípios com registro de um ou mais procedimentos de alta complexidade ambulatorial no Brasil e em Rondônia – 2002 – fonte: SIA/SIH

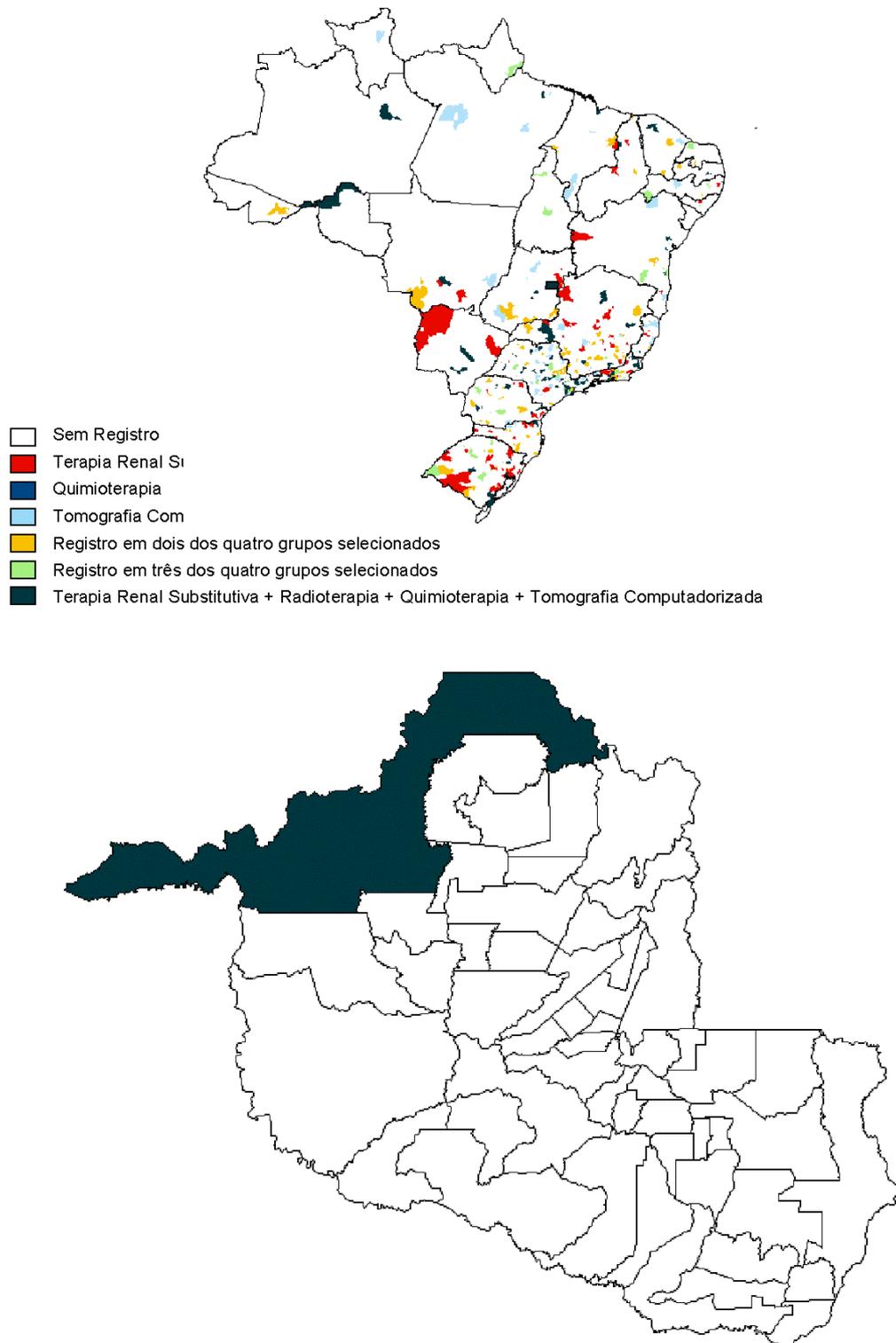


Gráfico 4

Municípios com registro de um ou mais procedimentos de alta complexidade hospitalar de especialidades selecionadas realizado pelo SUS no Brasil e em Rondônia – 2002 – fonte: SIA/SIH

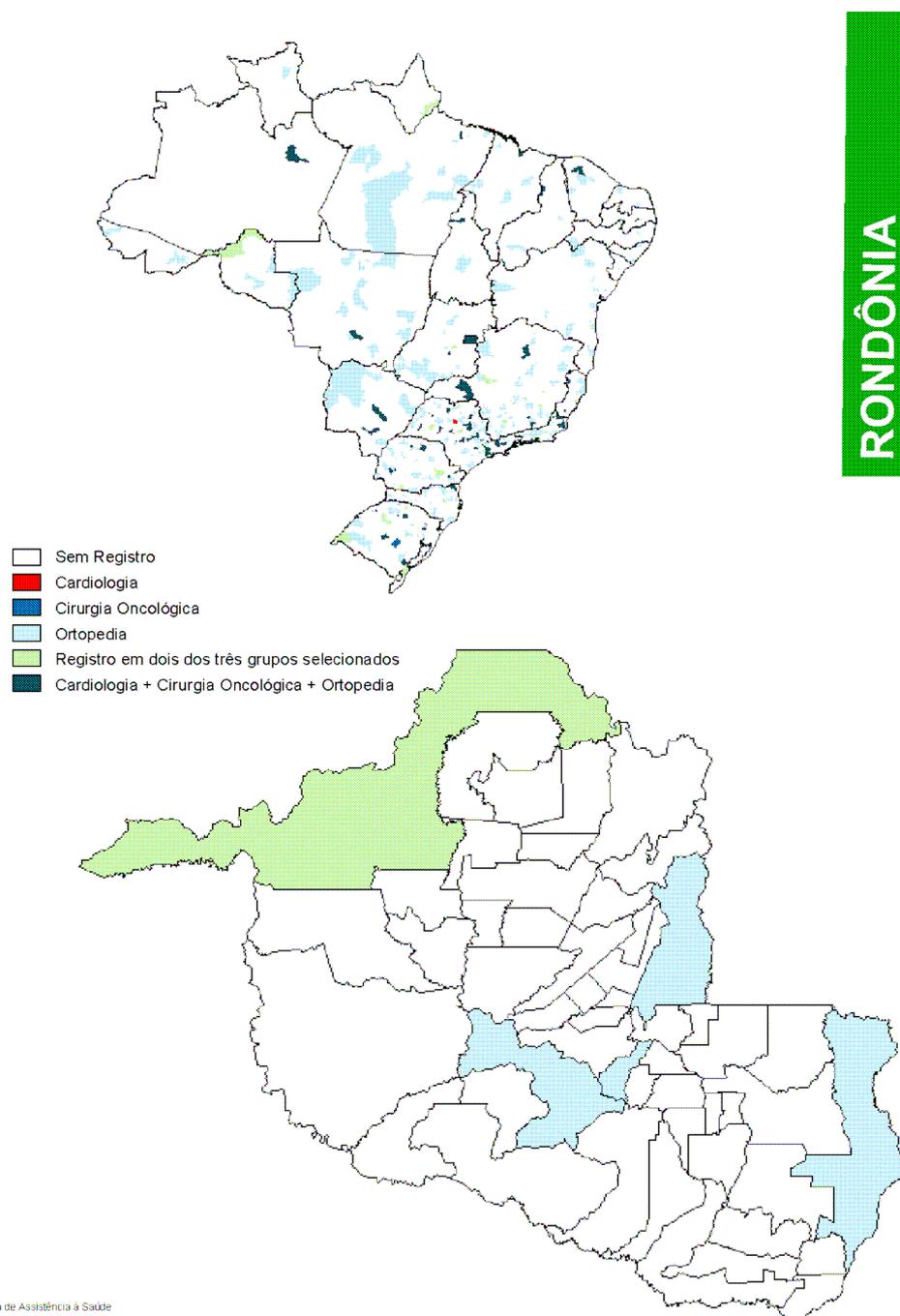


Gráfico 5

Municípios com registro de um ou mais procedimentos de alta complexidade hospitalar de especialidades selecionadas realizado pelo SUS no Brasil e em Rondônia – 2002 – fonte: SIA/SIH

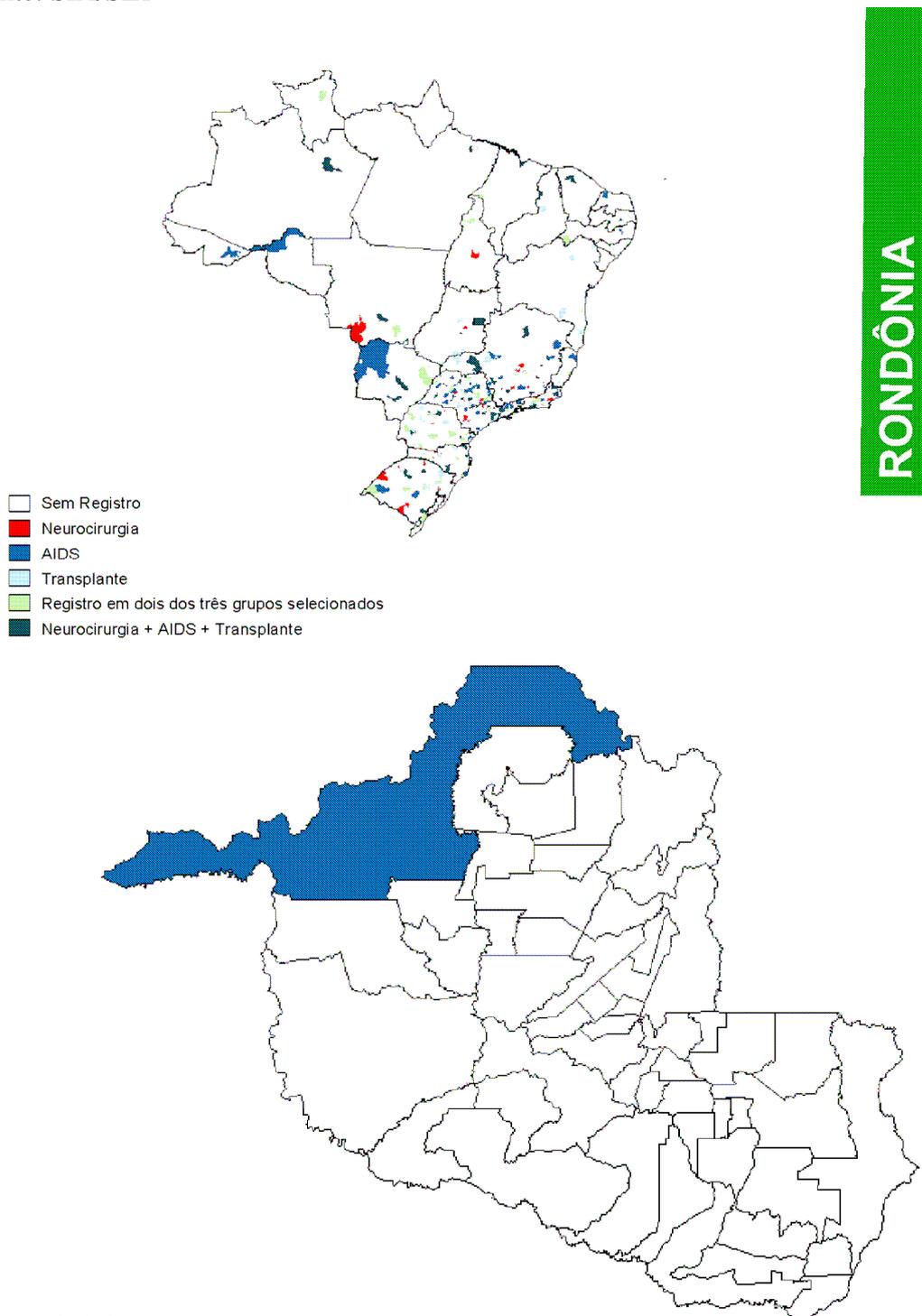


Gráfico 6 – fonte SESAU/RO 2001



Tabela 1  
 Informações Rondônia – 1997 e 2001  
 Fonte: SIA, SIH, CNES

<b>REDE HOSPITALAR VINCULADA AO SUS</b>			
	1997	2001	Variação
Hospitais .....	84	90	7,2%
Leitos credenciados .....	3.130	3.426	9,5%
Leitos por 1.000 hab .....	2,49	2,43	-2,4%
Leitos de UTI .....	7	7	0,0%
Leitos de UTI por 100.000 hab .....	0,56	0,50	-10,8%
<b>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</b>			
	1997	2001	Variação
Internações hospitalares .....	122.759	107.330	-12,6%
Internações por 100 hab/ano .....	9,78	7,62	-22,0%
Gastos com internações hospitalares .....	23.977.916	24.613.588	2,7%
Gastos com internações por hab/ano .....	19,10	17,48	-8,5%
Custo médio por internação .....	195,33	229,33	17,4%
Nº de partos .....	27.236	19.737	-27,5%
Gastos com partos .....	4.918.459	5.085.230	3,4%
Gastos com parto por hab/ano .....	3,92	3,61	-7,8%
% de cesareanas .....	32,46%	22,37%	-31,1%
Gastos com psiquiatria .....	267.410	223.530	-16,4%
Gastos com psiquiatria por hab/ano .....	0,21	0,16	-25,5%
Nº cirurgias oncológicas .....	15	47	213,3%
Gastos com cirurgias oncológicas .....	14.836	42.391	185,7%
Gastos com cirurgias oncológicas por hab/ano .....	0,01	0,03	154,8%
Nº de cirurgias cardíacas .....	-	2	-
Gastos com cirurgias cardíacas .....	-	3.660	-
Gastos com cirurgias cardíacas por hab/ano .....	-	0,00	-
Nº de transplantes .....	-	-	-
Gastos com transplantes .....	7.712	56.023	626,5%
Gastos com transplantes por hab/ano .....	0,01	0,04	547,9%
Gastos com UTI .....	80.689	129.748	60,8%
Gastos com UTI por hab/ano .....	0,06	0,09	43,4%
<b>ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE</b>			
	1997	2001	Variação
Gastos ambulatoriais .....	8.444.011	29.025.145	243,7%
Gastos por hab/ano .....	6,73	20,62	206,5%
Gastos com patologia clínica .....	4.598.974	10.348.098	125,0%
Gastos com patologia clínica por hab/ano .....	3,66	7,35	100,7%
Gastos com medicamentos excepcionais .....	183.439	450.737	145,7%
Gastos com medicamentos excepcionais por hab/ano .....	0,15	0,32	119,1%
Sessões de hemodiálise .....	6.346	16.249	156,1%
Gastos com TRS .....	580.975	1.981.261	241,0%
Gastos com TRS por hab/ano .....	0,46	1,41	204,1%
Frequência de radioterapia .....	9.381	32.450	245,9%
Gastos com radioterapia .....	148.523	783.322	427,4%
Gastos com radioterapia por hab/ano .....	0,12	0,56	370,3%
Frequência de quimioterapia .....	650	2.379	266,0%
Gastos com quimioterapia .....	223.329	1.624.050	627,2%
Gastos com quimioterapia por hab/ano .....	0,18	1,15	548,5%
Frequência de hemodinâmica .....	-	-	-
Gastos com hemodinâmica .....	-	-	-
Gastos com hemodinâmica por hab/ano .....	-	-	-
Frequência de tomografia computadorizada .....	1.853	5.934	220,2%
Gastos com tomografia computadorizada .....	199.178	565.814	194,1%
Gastos com tomografia computadorizada por hab .....	0,16	0,42	162,3%
Frequência de ressonância magnética .....	-	1.181	-
Gastos com ressonância magnética .....	-	317.394	-
Gastos com ressonância magnética por hab .....	-	0,23	-
Gastos com hemoterapia .....	2.429.476	1.674.498	-31,1%
Gastos com hemoterapia por hab/ano .....	1,94	1,19	-38,5%
<b>DESCENTRALIZAÇÃO</b>			
	Fev/98	Dez/01	Variação
Municípios em Gestão Plena .....	3	11	266,7%
Recurso mensal para municípios em Plena (MAC) .....	418.663	2.027.791	384,3%
% da população sob gestão plena .....	12%	37%	201,1%
% dos recursos em gestão plena .....	16%	38%	137,8%
<b>FINANCIAMENTO</b>			
	Fev/98	Dez/01	Variação
Limite Financeiro Mensal (MAC) .....	2.653.136	5.403.981	103,7%
Per Capita .....	24,95	46,06	84,6%

UF **Rondônia**População 2001 **1.407.886****01 - Situação do Processo de Descentralização da Gestão da Assistência à Saúde no SUS**

NOB SUS 01/96		NOAS 01/02 (Situação em Novembro de 2002)	
Habilitação da UF	Não Habilitado	Habilitação da UF	Não Habilitado
Número de Municípios Habilitados	52	% Total	100,00
Municípios em PAB	41	% PAB	78,85
Municípios em PSM	11	% PSM	21,15
		Número de Municípios Habilitados	0
		% Total	0,00
		Municípios em PABA	0
		% PABA	0,00
		Municípios em PSM	0
		% PSM	0,00
		Plano Diretor de Regionalização - PDR	
		Módulos	31
		Microregiões	8

**02 - Distribuição de Municípios, Leitos e Hospitais, segundo Faixa Populacional**

Faixa Populacional	Número de Municípios	% do Total	Número de Leitos	Leitos por 1 000 hab	Número de Hospitais
Até 5 000 habitantes	5	9,62	23	1,30	3
De 5 000 até 15 000 habitantes	25	48,08	324	1,25	19
De 15 000 até 30 000 habitantes	12	23,08	475	1,80	15
De 30 000 até 50 000 habitantes	4	7,69	381	2,40	10
De 50 000 até 100 000 habitantes	4	7,69	468	1,81	10
De 100 000 até 300 000 habitantes	1	1,92	120	1,11	1
De 300 000 até 500 000 habitantes	1	1,92	827	2,42	7
Acima de 500 000 habitantes	-	-	-	-	-
<b>Total Geral</b>	<b>52</b>	<b>100,00</b>	<b>2.618</b>	<b>1,86</b>	<b>65</b>

**03 - Distribuição da Rede Assistencial da UF por Tipo de Unidade**

Tipo de Unidade	Quantidade	%	Tipo de Unidade	Quantidade	%
Centro de Saúde/Unidade Básica	74	9,87	Centro de Parto Normal	0	0,00
Clinica Especializada/Ambulatorio de Especialidade	16	2,13	Hospital Especializado	10	1,33
Consultorio	2	0,27	Hospital Geral	57	7,60
Farmacia (Medicamentos Especiais e Excepcionais)	0	0,00	Hospital/Dia	0	0,00
Cooperativa	0	0,00	Policlínica	8	1,07
Posto de Saúde	392	52,27	Pronto Socorro Especializado	1	0,13
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT)	104	13,87	Pronto Socorro Geral	1	0,13
Unidade de Saúde da Família	38	5,07	Unidade Mista	43	5,73
Unidade de Vigilância Sanitária/Epidemiologia	1	0,13	Unidade Movei de Niv. Pre-Hosp - Urg/Emergencia	0	0,00
Unidade Movei Fluvial	0	0,00	Em Branco	0	0,00
Unidade Movei Terrestre	3	0,40	<b>Total Geral</b>	<b>750</b>	<b>100,00</b>

**Natureza do Prestador**

Estadual	15	%	2,00	Municipal	567	%	75,60	Federal	1	%	0,13	Privado	167	%	22,27	Total	750
----------	----	---	------	-----------	-----	---	-------	---------	---	---	------	---------	-----	---	-------	-------	-----

**04 - Distribuição da Rede Assistencial da UF por Área Assistencial**

Área da Assistência	Quantidade	%	Área da Assistência	Quantidade	%
Oncologia	1	20,00	Ortopedia	0	0,00
Cardiologia	0	0,00	Neuro Cirurgia	0	0,00
Implante Coclear	0	0,00	Transplante	1	20,00
Epilepsia	0	0,00	Gestação de Alto Risco	2	40,00
Gastropiastia	0	0,00	Urgência E Emergência	1	20,00
Láblio Palatal	0	0,00	Queimados	0	0,00
Implante Ósteo Integrado	0	0,00	<b>Total Alta Complexidade na UF</b>	<b>5</b>	<b>100,00</b>

**Rede para Atendimento de Grupo Especiais**

Idoso	0	Portador de Deficiência	0	Portador de Agravo Mental	0	Usuário de Álcool e Outras Drogas	0
-------	---	-------------------------	---	---------------------------	---	-----------------------------------	---

## Rondônia

### 05 - Evolução da Cobertura Populacional do Programa Saúde da Família na UF, Região e no Brasil, de 1998 a 2001

Área de Abrangência	1998	1999	2000	2001
UF	0,39	4,73	11,12	17,74
Região	1,09	4,31	10,78	19,91
Brasil	1,88	5,22	13,69	22,15

### 06 - Distribuição da Produção Ambulatorial de Média e Alta Complexidade na UF, por Grupo de Procedimentos

Grupo de Procedimentos	UF			
	Quantidade	% Quant	Valor	% Valor
07-Espec Realiz/Prof Médicos, out Nível Sup/Médio	678.964	16,23	4.788.213,07	16,50
08-Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	27.129	0,65	888.371,75	3,06
09-Procedimentos Traumato-Ortopédicos	20.698	0,49	546.665,77	1,88
10-Ações Especializadas em Odontologia	27.001	0,65	432.539,97	1,49
11-Patologia Clínica	2.717.465	64,95	10.348.097,62	35,65
12-Anatomopatologia e Citopatologia	65.251	1,56	360.142,75	1,24
13-Radiodiagnóstico	199.864	4,78	1.417.482,47	4,88
14-Exames Ultra-Sonográficos	53.342	1,27	391.886,71	1,35
17-Diagnose	27.452	0,66	98.851,16	0,34
18-Fisioterapia (por Sessão)	137.592	3,29	322.063,96	1,11
19-Terapias Especializadas (por Terapia)	10.816	0,26	615.277,86	2,12
20-Instalação de Cateter	0	0,00	0,00	0,00
21-Próteses e Órteses	940	0,02	400.270,00	1,38
22-Anestesia	0	0,00	0,00	0,00
<b>Média Complexidade (07 a 22)</b>	<b>3.966.514</b>	<b>94,80</b>	<b>20.609.863,09</b>	<b>71,01</b>
26-Hemodinâmica	0	0,00	0,00	0,00
27-Terapia Renal Substitutiva	17.663	0,42	1.981.261,22	6,83
28-Radioterapia (por Especificação)	32.450	0,78	783.322,08	2,70
29-Quimioterapia - Custo Mensal	2.379	0,06	1.624.049,89	5,60
30-Busca de Órgãos para transplante	0	0,00	0,00	0,00
31-Ressonância Magnética	1.181	0,03	317.393,75	1,09
32-Medicina Nuclear - in vivo	0	0,00	0,00	0,00
33-Radiologia Intervencionista	0	0,00	0,00	0,00
35-Tomografia Computadorizada	5.934	0,14	585.814,29	2,02
36-Medicamentos	57.779	1,38	450.737,11	1,55
37-Hemoterapia	98.733	2,36	1.674.498,32	5,77
38-Acompanhamento de Pacientes	1.477	0,04	998.205,00	3,44
40-Procedimentos Específicos para Reabilitação	0	0,00	0,00	0,00
<b>Alta Complexidade (26 a 40)</b>	<b>217.596</b>	<b>5,20</b>	<b>8.415.281,66</b>	<b>28,99</b>
<b>Total Geral da UF</b>	<b>4.184.110</b>	<b>100,00</b>	<b>29.025.144,75</b>	<b>100,00</b>

## Rondônia

### 07 - Comparativo da Distribuição da Produção Ambulatorial de Média e Alta Complexidade na UF, na Região a qual pertence a UF e no Brasil, por Grupo de Procedimentos

Grupo de Procedimentos	UF		Região		Brasil	
	% Quant	% Valor	% Quant	% Valor	% Quant	% Valor
07-Espec Realiz/Prof Médicos, out Nível Sup/Médic	16,23	16,50	20,68	15,93	26,10	10,63
08-Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	0,65	3,06	1,31	7,66	1,12	4,91
09-Procedimentos Traumatolo-Ortopédicos	0,49	1,88	0,96	3,59	1,45	4,37
10-Ações Especializadas em Odontologia	0,65	1,49	1,05	0,86	0,79	0,50
11-Patologia Clínica	64,95	35,65	53,86	28,22	36,13	18,87
12-Anatomopatologia e Citopatologia	1,56	1,24	1,27	1,14	1,51	1,29
13-Radiodiagnóstico	4,78	4,88	4,89	5,84	5,04	5,89
14-Exames Ultra-Sonográficos	1,27	1,35	1,14	1,37	1,09	1,22
17-Diagnose	0,66	0,34	1,48	1,54	2,59	2,15
18-Fisioterapia (por Sessão)	3,29	1,11	4,14	1,44	5,56	1,73
19-Terapias Especializadas (por Terapia)	0,26	2,12	0,37	1,33	0,68	1,54
20-Instalação de Cateter	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21-Próteses e Órteses	0,02	1,38	0,30	1,32	0,33	0,96
22-Anestesia	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,02
Média Complexidade (07 a 22)	94,80	71,01	91,43	70,25	82,40	54,08
26-Hemodinâmica	0,00	0,00	0,01	0,35	0,01	0,78
27-Terapia Renal Substitutiva	0,42	6,83	0,48	7,37	1,02	14,58
28-Radioterapia (por Especificação)	0,78	2,70	0,57	1,81	0,81	1,88
29-Quimioterapia - Custo Mensal	0,06	5,60	0,06	5,23	0,14	9,33
30-Busca de Órgãos para transplante	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,57
31-Ressonância Magnética	0,03	1,09	0,03	1,16	0,01	0,47
32-Medicina Nuclear - in vivo	0,00	0,00	0,01	0,26	0,04	0,83
33-Radiologia Intervencionista	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
35-Tomografia Computadorizada	0,14	2,02	0,10	1,57	0,12	1,62
36-Medicamentos	1,38	1,55	4,36	4,42	12,26	9,01
37-Hemoterapia	2,36	5,77	2,94	7,01	2,67	6,37
38-Acompanhamento de Pacientes	0,04	3,44	0,01	0,57	0,03	0,47
40-Procedimentos Específicos para Reabilitação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46	0,00
Alta Complexidade (26 a 40)	5,20	28,99	8,57	29,75	17,60	45,92
Total Média e Alta Complexidade	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>Total Geral</b>	<b>4.184.110</b>	<b>RS 29.025.144,75</b>	<b>33.272.689</b>	<b>RS 222.321.483,00</b>	<b>666.457.527</b>	<b>RS 4.991.762.800,85</b>

### 08 - Informações selecionadas sobre a Assistência Hospitalar na UF

Percentual de Internação da População 1998 9,20 1999 9,72 2000 8,26 2001 7,77

#### Fluxo Interestadual de AIH - 2001

	Quantidade	Valor	Valor Médio
AIH Paciente Residente Independente do Local de Internação	109.573	27.778.526,43	253,52
AIH Realizada no Estado	107.330	24.613.588,44	229,33
AIH Paciente Residente	107.019	24.517.397,09	229,09
AIH Paciente não Residente no Estado	311	96.191,35	309,30
% Invasão	0,29	% Evasão	2,33

## Rondônia

### 09 - Distribuição da Morbidade Hospitalar no SUS por Grupos de Causa, na UF, Região a que pertence a UF e no Brasil

Capítulo da CID 10	UF		Região		Brasil	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
<i>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</i>	18.187	16,62	121.205	13,32	945.762	8,04
<i>II. Neoplasias (tumores)</i>	1.491	1,36	19.211	2,11	390.859	3,32
<i>III. Doenças do sangue órgãos hemat e transt imunitár</i>	1.281	1,17	5.910	0,65	73.888	0,63
<i>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</i>	2.407	2,20	16.936	1,86	318.416	2,71
<i>V. Transtornos mentais e comportamentais</i>	472	0,43	5.514	0,61	389.722	3,31
<i>VI. Doenças do sistema nervoso</i>	1.337	1,22	10.131	1,11	205.912	1,75
<i>VII. Doenças do olho e anexos</i>	67	0,06	1.152	0,13	64.731	0,55
<i>VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide</i>	53	0,05	540	0,06	18.435	0,16
<i>IX. Doenças do aparelho circulatório</i>	6.739	6,16	47.929	5,27	1.163.808	9,90
<i>X. Doenças do aparelho respiratório</i>	20.284	18,53	130.256	14,32	1.834.903	15,61
<i>XI. Doenças do aparelho digestivo</i>	9.055	8,27	78.632	8,64	1.026.635	8,73
<i>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</i>	1.049	0,96	10.228	1,12	126.812	1,08
<i>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</i>	1.791	1,64	18.959	2,08	253.667	2,16
<i>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</i>	11.624	10,62	72.548	7,97	787.318	6,70
<i>XV. Gravidez parto e puerpério</i>	24.143	22,06	269.577	29,63	2.810.974	23,91
<i>XVI. Algumas afec originadas no período perinatal</i>	1.546	1,41	19.524	2,15	258.861	2,20
<i>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</i>	375	0,34	3.588	0,39	70.784	0,60
<i>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</i>	539	0,49	5.540	0,61	152.826	1,30
<i>XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas</i>	5.101	4,66	53.128	5,84	631.869	5,37
<i>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</i>	721	0,66	7.743	0,85	65.017	0,55
<i>XXI. Contatos com serviços de saúde</i>	1.185	1,08	11.627	1,28	166.146	1,41
<b>Total Morbidade</b>	<b>109.447</b>	<b>100,00</b>	<b>909.878</b>	<b>100,00</b>	<b>11.756.345</b>	<b>100,00</b>

### 10 - Distribuição da Mortalidade Hospitalar no SUS por Grupos de Causa, na UF, Região a que pertence a UF e no Brasil

Capítulo da CID 10	UF		Região		Brasil	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
<i>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</i>	140	10,27	2.209	15,87	34.590	10,69
<i>II. Neoplasias (tumores)</i>	68	4,99	731	5,25	25.799	7,97
<i>III. Doenças do sangue órgãos hemat e transt imunitár</i>	14	1,03	167	1,20	3.016	0,93
<i>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</i>	77	5,65	624	4,48	18.406	5,69
<i>V. Transtornos mentais e comportamentais</i>	2	0,15	17	0,12	1.407	0,43
<i>VI. Doenças do sistema nervoso</i>	69	5,06	968	6,95	14.928	4,61
<i>VII. Doenças do olho e anexos</i>	0	0,00	0	0,00	29	0,01
<i>VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide</i>	0	0,00	3	0,02	25	0,01
<i>IX. Doenças do aparelho circulatório</i>	373	27,37	2.385	17,13	77.829	24,05
<i>X. Doenças do aparelho respiratório</i>	208	15,26	2.180	15,66	59.106	18,27
<i>XI. Doenças do aparelho digestivo</i>	136	9,98	1.269	9,12	28.874	8,92
<i>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</i>	6	0,44	78	0,56	1.217	0,38
<i>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</i>	6	0,44	92	0,66	1.911	0,59
<i>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</i>	39	2,86	480	3,45	8.566	2,65
<i>XV. Gravidez parto e puerpério</i>	1	0,07	71	0,51	806	0,25
<i>XVI. Algumas afec originadas no período perinatal</i>	97	7,12	1.151	8,27	13.895	4,29
<i>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</i>	19	1,39	137	0,98	2.100	0,65
<i>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</i>	8	0,59	197	1,42	6.386	1,97
<i>XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas</i>	90	6,60	654	4,70	15.925	4,92
<i>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</i>	2	0,15	270	1,94	1.654	0,51
<i>XXI. Contatos com serviços de saúde</i>	8	0,59	236	1,70	7.109	2,20
<b>Total Mortalidade</b>	<b>1.363</b>	<b>100,00</b>	<b>13.919</b>	<b>100,00</b>	<b>323.578</b>	<b>100,00</b>

Tabela 2

## Leitos de UTI credenciados ao SUS no Brasil de 1998 a 2003

Fonte: SIA-SIH

Unidade da Federação	1.998	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	Varição entre 1998 e 2003
Acre	8	10	10	10	10	10	31,90%
Alagoas	170	181	154	159	178	204	20,50%
Amapá	13	13	13	13	13	15	17,10%
Amazonas	47	55	58	62	59	94	102,10%
Bahia	159	170	161	189	220	260	63,80%
Ceará	318	337	332	346	362	389	22,40%
Distrito Federal	91	138	105	117	135	137	50,30%
Espírito Santo	169	173	175	193	198	192	13,80%
Goiás	503	515	493	502	526	546	8,60%
Maranhão	180	190	193	218	210	220	22,40%
Mato Grosso	102	114	126	133	134	162	58,50%
Mato Grosso do Sul	104	143	125	129	133	145	39,90%
Minas Gerais	745	787	807	827	858	961	28,90%
Pará	106	120	117	129	135	156	47,30%
Paraíba	339	343	351	367	344	338	-0,50%
Paraná	644	659	646	682	731	784	21,80%
Pernambuco	205	206	211	211	228	281	36,90%
Piauí	77	79	85	98	98	97	26,40%
Rio de Janeiro	1.148	1.160	1.189	1.186	1.069	1.022	-10,90%
Rio Grande do Norte	78	78	84	98	103	121	55,50%
Rio Grande do Sul	1.248	1.378	1.182	1.199	1.210	1.279	2,50%
Rondônia	7	7	7	7	6	6	-15,90%
Roraima	6	6	3	12	15	15	150,00%
Santa Catarina	301	326	293	298	332	366	21,50%
São Paulo	3.195	3.792	3.564	3.755	3.535	3.835	20,00%
Sergipe	53	53	51	51	51	51	-3,80%
Tocantins	69	82	69	72	82	79	14,60%
Brasil	10.084	11.110	10.604	11.062	10.973	11.767	16,70%

Tabela 3

Procedimentos hospitalares selecionados com média anual superior a 1.000 ocorrências  
Rondônia anos de 1993, 1998 e 2002 - fonte SIH-SUS

	1993	1998	2002
PARTO NORMAL	15930	15178	14147
CESARIANA	6304	5800	3428
MALARIA (CLINICA MEDICA)	11501	2780	2648
ENTERO INFECCOES (PEDIATRIA)	6674	4163	5423
ENTERO INFECCOES (CLINICA MEDICA)	4927	3740	5715
PARTO NORMAL COM ATENDIMENTO DO RECEM NASCIDO NA SALA DE PARTO	3920	2473	0
PIELONEFRITE	6327	3039	3653
CRISE ASMÁTICA	2147	4278	4022
PNEUMONIA EM ADULTO	3357	2694	4069
CRISE ASMÁTICA	2209	3792	3205
INSUFICIENCIA CARDIACA	2946	3328	1503
ENTERO INFECCOES EM LACTENTE	1728	3407	2038
PNEUMONIA EM CRIANÇA	2103	1671	3455
BRONCOPNEUMONIA	3768	2437	0
MALARIA (PEDIATRIA)	3955	1145	1079
CURETAGEM POS ABORTO	2351	1258	1395
BRONCOPNEUMONIA	2382	2504	0
OUTRAS AFECCOES DO APARELHO GENETICO URINARIO	2241	1343	1911
CRISE HIPERTENSIVA	1868	1169	2072
CESARIANA COM ATENDIMENTO DO RECEM NASCIDO NA SALA DE PARTO	1796	1218	0
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA	612	2354	650
GASTRITE E DUODENITE	1028	1092	1586
HERNIORRAFIA INGUINAL (UNILATERAL)	1109	1123	1175
BRONCOPNEUMONIA EM LACTENTE	1193	1790	0
TRATAMENTO CLINICO DO AVC ISQUEMICO OU HEMORRAGICO AGUDO	1142	1056	804
OOFORRECTOMIA UNI OU BILATERAL	2350	867	410
ANEMIA CARENCIAL	1149	1008	845
PNEUMONIA DO LACTENTE	601	982	975
AMEACA DE ABORTO	1111	612	584
COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	1156	580	638
ESTREPTOCOCCIAS (CLINICA MEDICA)	600	462	1223
DIABETES SACARINO	313	687	962
COLICA NEFRETICA	933	626	743

## Avaliação das SMS de Rondônia - Critérios para habilitação à NOAS 02

Município	Cond.	2.001		1º sem 2002		out/02	out/02		Agosto/Setembro/Octubro de 2002										
		Consultas médicas básicas por Hab/Ano 2001	Cobertura vacinal de rotina DPT	Consultas médicas básicas por Hab/Ano 1º/2002	Cob. vacinal de rotina DPT 2002	Falha na aliment. dos sistemas nacionais de inf.	Unid. Básicas de Saúde	Equipos odont.	cons. médica básica	Visita Atend. Domic.	11 - Atvid. educativa	12 - 3º dose DPT	13 - Inalação Nebul.	14 - Glicemia capilar	15 - CCO	16 - Consulta odont.	17 - Proced. coletivos	18 - Atvid. Execut. por ACS	19 - Nº de critérios não cumpridos
ALTA FLORESTA D'OESTE	PS	1,81	120	1,17	75	Alimentação Regular	23	2	9.684	493	10.506	2	377	3.661	378	576	Nc	9.616	1
ARIQUEMES	PS	1,26	115	0,62	111	Alimentação Regular	26	4	20.828	1.984	15.267	26	3.705	5.852	484	746	782	15.080	1
CABIXI	PAB	3,1	116	1,61	135	Alimentação Regular	9	1	4.101	235	6.608	25	309	1.277	Nc	18	Nc	6.437	2
CACOAL	PS	1,23	111	0,57	77	Alimentação Regular	42	10	14.505	3.604	29.421	199	4.408	9.282	387	1.767	1	29.356	1
CEREJEIRAS	PS	1,9	123	0,84	128	Alimentação Regular	21	3	5.385	402	13.689	21	174	2.963	88	567	Nc	13.688	1
COLORADO DO OESTE	PAB	1,7	131	1,09	98	Nc	20	2	6.852	26.860	19.822	Nc	549	2.607	Nc	Nc	Nc	19.800	5
CORUMBIARA	PAB	1,23	82	0,76	90	Nc	18	2	2.418	1.303	4.285	45	151	Nc	Nc	Nc	Nc	4.237	5
COSTA MARQUES	PAB	2,05	106	1,01	67	Nc	8	2	3.770	659	3.720	Nc	627	Nc	Nc	129	Nc	3.277	5
ESPIGAO D'OESTE	PAB	1,41	116	0,76	82	Nc	15	4	7.606	945	7.406	53	1.093	Nc	Nc	118	Nc	7.263	4
GUAJARA-MIRIM	PS	1,29	91	0,82	99	Alimentação Regular	38	9	13.572	13.413	3.469	1	810	5.342	Nc	579	Nc	2.990	2
JARU	PAB	2,35	112	1,35	118	Alimentação Regular	23	8	26.592	257	15.303	106	987	5.123	398	1.028	6	14.461	Ok
JI-PARANA	PS	0,96	117	0,69	65	Alimentação Regular	57	25	28.968	10.614	53.163	233	2.381	17.366	1.397	1.877	577.687	37.636	1
MACHADINHO D'OESTE	PAB	2,05	101	0,84	111	Alimentação Regular	31	2	3.390	35	5.962	14	Nc	1.667	Nc	541	Nc	5.946	3
NOVA BRASILANDIA D'OESTE	PAB	1,96	111	1,31	70	Nc	25	1	8.715	15.730	10.134	4	449	2.322	541	Nc	Nc	10.134	3
OURO PRETO DO OESTE	PS	0,77	115	0,58	103	Nc	16	3	10.321	1.022	3.359	116	329	Nc	533	624	14	3.256	3
PIMENTA BUENO	PS	1,48	114	0,73	88	Alimentação Regular	14	4	10.322	949	13.182	9	633	4.507	398	1.304	1.402	12.785	Ok
PORTO VELHO	PAB	0,99	96	0,5	98	Alimentação Regular	64	55	56.948	4.026	36.890	784	10.086	5.483	2.227	6.899	3.958	32.778	1
PRESIDENTE MEDICI	PS	0,45	102	0,36	110	Alimentação Regular	28	3	2.355	1.206	58	8	267	Nc	110	143	Nc	12.027	3
RIO CRÉSP0	PAB	3,64	168	2,39	175	Alimentação Regular	8	1	2.751	569	3.316	81	479	489	Nc	82	Nc	3.158	2
ROLIM DE MOURA	PS	2,04	122	1,2	88	Alimentação Regular	29	6	18.897	1.523	31.948	3	2.856	2.855	506	914	168	31.922	Ok
SANTA LUZIA D'OESTE	PAB	1,3	95	0,92	57	Nc	17	1	2.528	488	2.980	15	410	Nc	Nc	1	Nc	2.662	4
VILHENA	PS	1,38	108	0,53	107	Alimentação Regular	18	9	13.399	556	15.149	47	1.052	8.262	651	1.234	112	14.104	1
SÃO MIGUEL DO GUAPORE	PAB	1,28	106	0,69	65	Alimentação Regular	29	3	6.531	15.936	16.372	77	556	2.255	Nc	992	1.018	16.372	2
NOVA MAMORE ALVORADA D'OESTE	PAB	2,08	82	1,09	80	Alimentação Regular	7	3	6.044	36	3.028	32	155	915	Nc	135	Nc	3.028	3
ALTO ALEGRE DO PARECIS	PAB	1,3	139	0,58	142	Alimentação Regular	22	3	3.485	192	11.550	41	60	3.000	Nc	Nc	Nc	11.412	4
		1,78	83	1,11	62	Nc	4	Nc	3.321	25	4.528	16	40	1.167	Nc	Nc	Nc	1.026	6

### Avaliação das SMS de Rondônia - Critérios para habilitação à NOAS 02

Município	Cond.	2.001		1º sem 2002		out/02	out/02		Agosto/Setembro/Octubre de 2002										
		Consultas médicas básicas por Hab/Ano 2001	Cobertura vacinal de rotina DPT	Consultas médicas básicas por Hab/Ano 1º/2002	Cob. vacinal de rotina DPT 2002	Falha na aliment. dos sistemas nacionais de inf.	Unid. Básicas de Saúde	Equipos odont.	cons. médica básica	Visita Atend. Domic.	11 - Atvid. educativa	12 - 3º dose DPT	13 - Inalação Nebul.	14 - Glicemia capilar	15 - CCO	16 - Consulta odont.	17 - Proced. coletivos	18 - Ativid. Execut. por ACS	19 - Nº de critérios não cumpridos
ALTO PARAISO	PAB	1,34	111	0,7	116	Alimentação Regular	29	1	3.453	538	3.516	66	455	1.463	Nc	323	Nc	3.312	3
BURITIS	PAB	0,98	122	0,5	113	Alimentação Regular	1	1	4.425	9.301	5.446	50	151	4.979	Nc	Nc	Nc	5.348	4
NOVO HORIZONTE DO OESTE	PAB	1,61	90	1,76	51	Nc	12	1	2.924	116	2.500	Nc	169	1.591	Nc	Nc	Nc	2.500	5
CACAULANDIA	PAB	4,8	80	1,63	115	Alimentação Regular	8	1	2.372	467	336	Nc	109	413	Nc	Nc	Nc	4.054	4
CAMPO NOVO DE RONDONIA	PAB	0,94	68	0,44	71	Alimentação Regular	12	2	848	141	2.801	45	75	642	Nc	Nc	Nc	2.728	5
CANDEIAS DO JAMARI	PAB	2,15	85	1,09	80	Nc	2	1	8.016	443	6.479	144	1.797	1.903	Nc	Nc	Nc	5.533	5
CASTANHEIRAS	PAB	4,39	76	2,6	45	Nc	11	1	2.103	42	2.080	4	596	660	Nc	Nc	Nc	2.548	5
CHUPINGUAIA	PAB	0,62	123	0,6	108	Nc	4	4	1.330	121	1.664	6	309	Nc	Nc	16	126	1.598	4
CUJUBIM	PAB	2,68	108	1,57	101	Alimentação Regular	6	1	3.106	327	3.528	24	88	Nc	Nc	Nc	Nc	3.528	4
GOVERNADOR JORGE TELXEIRA	PAB	1,05	80	0,6	72	Nc	7	Nc	5.384	174	3.409	30	92	Nc	Nc	Nc	Nc	2.478	8
JAMARI	PAB	1,58	110	0,81	76	Alimentação Regular	1	1	727	7.962	2.903	Nc	65	Nc	Nc	Nc	Nc	2.903	5
MINISTRO ANDREAZZA	PAB	2,35	89	1,69	57	Alimentação Regular	14	1	5.377	2.217	81	17	1.278	1.310	Nc	Nc	Nc	4.857	4
MIRANTE DA SERRA	PAB	0,83	128	0,44	201	Alimentação Regular	5	2	2.233	13.480	6.528	60	422	2.164	Nc	301	Nc	6.528	3
MONTE NEGRO	PAB	2,43	80	1,16	109	Alimentação Regular	16	1	4.840	504	9.163	1	542	1.048	Nc	Nc	Nc	8.175	3
NOVA UNIAO	PAB	1,3	88	0,61	34	Nc	2	1	2.227	3.390	4.080	18	82	Nc	Nc	Nc	Nc	4.080	7
PARECIS	PAB	2,92	99	2,45	57	Nc	1	1	2.867	18	2.047	2	237	407	Nc	590	Nc	2.040	3
PIMENTEIRAS DO OESTE	PAB	1,53	59	1,01	50	Nc	7	1	1.083	120	2.719	Nc	107	208	Nc	14	Nc	2.719	5
PRIMAVERA DE RONDONIA	PAB	1,84	86	0,88	42	Nc	5	1	1.458	46	2.480	Nc	306	685	Nc	382	995	2.480	4
SÃO FELIPE D'OESTE	PAB	1,31	95	0,91	67	Nc	6	1	2.149	71	3.689	34	388	980	Nc	306	Nc	3.672	3
SÃO FRANCISCO DO GUAPORE	PAB	1,27	129	0,88	108	Nc	5	Nc	3.198	202	7.523	Nc	487	Nc	Nc	Nc	Nc	7.490	7
SERINGUEIRAS	PAB	2,39	81	0,48	70	Nc	15	1	2.535	1.859	3.651	306	2.736	1.755	Nc	Nc	Nc	3.162	5
TEIXEIROPOLIS	PAB	2,67	166	1,82	142	Nc	2	1	5.355	430	42	43	802	752	Nc	Nc	Nc	7.091	4
THEOBROMA	PAB	2,59	76	1,16	98	Nc	17	1	7.369	236	4.789	46	158	Nc	Nc	545	Nc	4.782	4
URUPA	PAB	2,73	110	0,89	71	Nc	12	2	1.800	342	6.620	13	396	Nc	Nc	Nc	Nc	6.572	5
VALE DO ANARI	PAB	1,83	79	1,42	76	Alimentação Regular	7	3	4.842	126	2.753	Nc	49	Nc	Nc	Nc	Nc	2.490	6
VALE DO PARAISO	PAB	1,13	83	1,16	80	Nc	17	3	2.543	257	5.241	3	799	1.048	Nc	Nc	Nc	5.159	5

Tabela 4 - Fonte: DDGA/SAS/MS - 2001

**Tabela 5 - Estabelecimentos de saúde no Brasil, na Região Norte e em Rondônia – 1985 a 2002**

Fonte: CNES

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Estabelecimentos de saúde								
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1992	1999	2002
<b>Brasil</b>	<b>28 972</b>	<b>30 872</b>	<b>32 450</b>	<b>33 632</b>	<b>34 831</b>	<b>35 701</b>	<b>49 676</b>	<b>56 133</b>	<b>65 343</b>
<b>Norte</b>	<b>1 722</b>	<b>1 970</b>	<b>2 081</b>	<b>2 224</b>	<b>2 580</b>	<b>2 654</b>	<b>3 513</b>	<b>4 645</b>	<b>5 137</b>
Rondônia	375	394	449	520	588	591	725	932	764

**Tabela 6 - Estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, categoria e regime de atendimento, no Brasil, na Região Norte, Em Rondônia e em Porto Velho – 2002 - Fonte: CNES**

Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Municípios das Capitais	Público						Privado						Privado / SUS					
	Especializado		Com especialidades		Geral		Especializado		Com especialidades		Geral		Especializado		Com especialidades		Geral	
	Com internação	Sem internação	Com internação	Sem internação	Com internação	Sem internação	Com internação	Sem internação	Com internação	Sem internação	Com internação	Sem internação	Com internação	Sem internação	Com internação	Sem internação	Com internação	Sem internação
	<b>Brasil</b>	<b>121</b>	<b>2 374</b>	<b>838</b>	<b>8 976</b>	<b>1 629</b>	<b>24 409</b>	<b>588</b>	<b>12 641</b>	<b>1 444</b>	<b>8 594</b>	<b>2 777</b>	<b>952</b>	<b>318</b>	<b>3 279</b>	<b>810</b>	<b>1 746</b>	<b>2 229</b>
<b>Norte</b>	<b>7</b>	<b>203</b>	<b>141</b>	<b>365</b>	<b>197</b>	<b>3 082</b>	<b>16</b>	<b>420</b>	<b>136</b>	<b>351</b>	<b>145</b>	<b>74</b>	<b>7</b>	<b>138</b>	<b>47</b>	<b>110</b>	<b>95</b>	<b>39</b>
Rondônia	1	19	53	69	6	417	3	86	48	50	5	7	-	33	8	24	1	2
Porto Velho	1	4	5	20	-	38	2	17	11	22	1	2	-	4	4	12	1	-

**Tabela 7 - Leitos para internação, disponíveis ao SUS, em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, No Brasil, na Região Norte, em Rondônia e em Porto Velho I - 2002 - Fonte: CNES**

Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Municípios das Capitais	Leitos para internação disponíveis ao SUS, em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa						
	Total	Público				Privado	
		Total	Federal	Estadual	Municipal	Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos
<b>Brasil</b>	<b>357 143</b>	<b>138 377</b>	<b>13 310</b>	<b>59 958</b>	<b>65 109</b>	<b>89 452</b>	<b>129 314</b>
<b>Norte</b>	<b>21 508</b>	<b>12 879</b>	<b>733</b>	<b>6 647</b>	<b>5 499</b>	<b>5 408</b>	<b>3 221</b>
Rondônia	2 475	2 156	44	428	1 684	197	122
Porto Velho	689	497	12	413	72	107	85

**Tabela 8 - Equipamentos existentes em estabelecimentos de saúde, por tipo, No Brasil, na Região Norte e em Rondônia – 2002 – fonte CNES**

Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Municípios das Capitais	Equipamentos existentes em estabelecimentos de saúde, por tipo											
	Mamó- grafo com comando simples	Mamó- grafo com estereo- taxia	Raio X para densi- tometria óssea	Tomógrafo	Ressonân- cia magnética	Ultra-som doppler colorido	Eletro- cardió- grafo	Eletro- encefa- lógrafo	Equipamento de hemo- diálise	Raio X até 100mA	Raio X de 100 a 500mA	Raio X mais de 500mA
<b>Brasil</b>	<b>1 886</b>	<b>607</b>	<b>932</b>	<b>1 617</b>	<b>433</b>	<b>4 637</b>	<b>17 774</b>	<b>2 315</b>	<b>11 336</b>	<b>6 235</b>	<b>7 613</b>	<b>2 605</b>
<b>Norte</b>	<b>58</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>61</b>	<b>17</b>	<b>191</b>	<b>592</b>	<b>74</b>	<b>326</b>	<b>331</b>	<b>341</b>	<b>124</b>
Rondônia	12	1	8	6	2	31	88	15	29	31	44	18
Porto Velho	4	1	3	3	2	8	46	5	28	6	12	7

**Tabela 9 - Equipamentos existentes, disponíveis ao SUS, em estabelecimentos de saúde, por tipo, no Brasil, na Região Norte e em Rondônia – 2002 - Fonte: CNES**

Fonte: CNES

Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Municípios das Capitais	Equipamentos existentes, disponíveis ao SUS, em estabelecimentos de saúde, por tipo											
	Mamógrafo com comando simples	Mamógrafo com estereotaxia	Raio X para densitometria óssea	Tomógrafo	Ressonância magnética	Ultra-som doppler colorido	Eletrocardiógrafo	Eletroencefalógrafo	Equipamento de hemodiálise	Raio X até 100mA	Raio X de 100 a 500mA	Raio X mais de 500mA
<b>Brasil</b>	652	190	182	680	122	1 221	9 992	976	9 045	3 465	4 292	1 303
<b>Norte</b>	27	2	6	22	8	60	284	20	308	227	192	55
Rondônia	2	-	2	2	-	10	31	2	27	20	19	6
Porto Velho	2	-	1	1	-	1	11	2	27	4	4	1

Tabela 10- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 1996 – fonte IBGE

Região / Estado	IDH	Índice de esperança de vida	Índice de educação	Índice de PIB	Esperança de vida ao nascer	Taxa de alfabetização de adultos	Taxa combinada de matrícula	PIB per capita
<b>Norte</b>	<b>0,727</b>	<b>0,706</b>	<b>0,777</b>	<b>0,697</b>	<b>67,38</b>	<b>79,2</b>	<b>74,5</b>	<b>4.705</b>
Rondônia	0,820	0,701	0,807	0,953	67,06	85,8	70,7	6.448
<b>Brasil</b>	<b>0,830</b>	<b>0,710</b>	<b>0,825</b>	<b>0,954</b>	<b>67,58</b>	<b>85,3</b>	<b>76,8</b>	<b>6.491</b>

