

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

***PODER LOCAL e IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE:
Dilemas da Gestão Descentralizada***

Autora: ROSIMARY GONÇALVES DE SOUZA

Orientadora: Prof. REGINA CELE DE A. BODSTEIN

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP-FIOCRUZ - como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Rio de Janeiro, 2005.

Para Camila e Gabriel

Agradecimentos

Agradeço à Professora Regina Cele de Andrade Bodstein, pela orientação desta tese e pela parceria em diversos trabalhos anteriores. Além dos valiosos frutos profissionais que colhi através desta parceria, sou grata por sua amizade ao longo destes anos.

Também sou grata às professoras Silvia Guershman e Ana Luiza Vianna, integrantes da banca da qualificação parcial, pela leitura crítica e sugestões feitas ao projeto que deu origem à tese.

Agradeço também à Mônica de Castro Maia Senna e Giselle Lavinias Monnerat, amigas com quem tenho dividido a feitura de inúmeros trabalhos, sempre mediados por nossa grande amizade e fértil interlocução.

À Vitória Osório Veloso, que muito me ajudou com sugestões preciosas, tanto de forma quanto de conteúdo, no momento em que tudo parecia muito confuso para mim.

À Ana Inês, pelas trocas profissionais e pessoais que muito me ajudaram no difícil caminho de conclusão desta tese.

A Jorge Freitas pela ajuda com a organização e apresentação dos dados quantitativos.

À Cláudia Leopoldino pela paciente e cuidadosa leitura do texto final.

Um agradecimento especial a todas as pessoas que se dispuseram a contribuir com o trabalho de campo, seja concedendo entrevistas, seja disponibilizando informações.

À Faculdade de Serviço Social da UERJ, instituição na qual trabalho e cujo conjunto de professores, funcionários e alunos, tiveram certamente uma contribuição decisiva para a realização deste trabalho.

E, finalmente agradeço à minha família - meus filhos, meus pais e irmãos - cujo apoio e paciência nos incontáveis momentos críticos foram essenciais durante o longo caminho de elaboração desta tese.

Resumo

Este trabalho analisa como o poder local vem tomando a produção de políticas públicas de corte social, especialmente as políticas de saúde, como objeto de decisão e ação, considerando que hoje está em curso um processo que aponta francamente para a ampliação da esfera de decisão do governo e da sociedade locais.

O ponto de partida de nossa análise é o processo de descentralização político-administrativa que vem ocorrendo no Brasil desde os anos 90 e que, no campo social, assume claramente o sentido da municipalização da gestão dos serviços. Assim, se do ponto de vista dos arranjos legais e institucionais, a descentralização encontra-se consolidada, sabemos que os municípios brasileiros têm historicamente se constituído em esferas subordinadas de poder, tanto por sua grande dependência financeira em relação ao governo central quanto por sua frágil capacidade administrativa para a gestão de políticas públicas.

Diante deste quadro, analisar os resultados da implementação da gestão descentralizada implica por em foco o poder local e sua capacidade efetiva de formular e implementar políticas voltadas a responder às demandas sociais locais e, como a gestão e os resultados das políticas locais são afetadas pela dinâmica política local.

Para a realização do estudo adotamos a metodologia do estudo de caso, tomando como base empírica o município de São Gonçalo, localizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. A partir de uma aproximação empírica com a localidade, buscamos investigar como se processam as inter-relações entre a tradição política municipal e as exigências postas pelo novo arranjo encetado na área de saúde, e como o sistema local de saúde estrutura-se a partir de uma combinação entre as normas institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e as singularidades sócio-políticas locais.

Palavras-chave: Políticas sociais, Política de saúde, Descentralização, Poder local.

Abstract

This study analyses how local power has been taking over public policies in the social area, especially health policies, as object of decision and action, considering that nowadays the decision-making sphere of both local government and society has been largely increasing.

Our starting point is the political and administrative decentralization that has been occurring in Brazil since the nineties and which, in the social arena, plays the role of municipalization of service management. Thus, if decentralization is consolidated under legal and institutional arrangements, it is known that Brazilian municipalities have been historically constituted by subordinated power spheres, due not only to their large financial dependency towards central government but also to their weak administrative ability to manage public policy.

In this scenario, analyzing the results of implementation of decentralized management implies focusing on the local power and its real ability to plan and implement policies towards local social demands, and on how management and local policies results are affected by local political dynamics.

We have adopted the case study methodology, taking São Gonçalo municipality, located in Rio de Janeiro metropolitan region as our empirical basis. On empirically approaching the local we tried to investigate how traditional politics at municipal level interrelates with the demands set by the new arrangement produced in the health care area, as well as how local health care system is structured by combining SUS (National Unified Health System) institutional norms, and local social - political singularities.

Keywords: Social policies, Health policy, Decentralization, Local power.

SUMÁRIO

Lista de tabelas, gráficos e quadros	9
Glossário de siglas	11
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - Mudanças Societárias Recentes e a Revalorização do Local	23
I.1 - Estado, Descentralização e Poder Local	23
I.2 - Reforço Decisório das Esferas Locais e Democratização do Poder Político	33
I.3 - Pacto Federativo e Poder Local no Brasil	39
I.4 - Inovações na Gestão Local	52
CAPÍTULO II - Políticas Sociais: A agenda recente	60
II.1 - A Nova Institucionalidade das Políticas Sociais	61
II.2 - Problematizando a implementação dos programas sociais: <i>Múltiplos Atores Redesenhando as Políticas</i>	70
II.3 - Política de Saúde: <i>Novos Arranjos Institucionais a partir dos anos 1990 e o Processo de Descentralização</i>	73
CAPÍTULO III - O Caso do município de São Gonçalo - RJ: Dilemas atuais da implementação das políticas locais	85
III.1 - Notas sobre a Metodologia	86
III.2 - O Município de São Gonçalo (RJ)	97
• Aspectos geográficos e demográficos	97
• Aspectos econômicos	100
• Aspectos sociais	103
III.3 - Histórico Político-econômico do Município	113
III.4 - 1989 - Novo Ciclo na Política Local: <i>a dinâmica política e a intermediação das demandas sociais</i>	122

III.5 - Política Local de Saúde: <i>municipalização e reorganização da rede assistencial</i>	147
III.6 - A Implantação do Programa de Saúde da Família no Município: <i>A normatização federal e sua retradução local</i>	163
CONCLUSÃO	180
BIBLIOGRAFIA	186
ANEXOS	198

LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

TABELAS

- TABELA 1 - EMPRESAS LOCAIS POR NÚMERO DE PESSOAS OCUPADAS, SÃO GONÇALO (RJ), 2000
- TABELA 2 - RECEITAS E DESPESAS DE SÃO GONÇALO (RJ), 2001
- TABELA 3 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL EM SÃO GONÇALO, ESTADO DO RIO DE JANEIRO E BRASIL, 1970, 1980, 1991 E 2000.
- TABELA 4 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL E DIMENSÕES EM SÃO GONÇALO E ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1970, 1980, 1991, 2000
- TABELA 5 - INDICADORES DE RENDA, POBREZA E DESIGUALDADE EM SÃO GONÇALO E ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1991 E 2000
- TABELA 6 - PORCENTAGEM DA RENDA APROPRIADA POR EXTRATO DA POPULAÇÃO EM SÃO GONÇALO E ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1991 E 2000.
- TABELA 7 - TAXA DE ANALFABETISMO DA POPULAÇÃO DE 15 ANOS E MAIS; NÚMERO MÉDIO DE ANOS DE ESTUDO DA POPULAÇÃO DE 25 ANOS E MAIS, EM SÃO GONÇALO E ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1970, 1980, 1991, 2000.
- TABELA 8 - PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO DE 25 ANOS E MAIS DE IDADE, POR ANOS DE ESTUDO EM SÃO GONÇALO, ESTADO DO RIO DE JANEIRO E BRASIL, 1970, 1980, 1991, 2000.
- TABELA 9 - CHEFIA DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES POR GÊNERO, SÃO GONÇALO (RJ), 2000
- TABELA 10 - CHEFIA DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES POR ANOS DE ESTUDO, SÃO GONÇALO (RJ), 2000
- TABELA 11 - NÚMERO DE MORADORES POR DOMICÍLIO PARTICULAR PERMANENTE EM SÃO GONÇALO (RJ), 2000
- TABELA 12 - NÚMERO DE MORADORES SEGUNDO O TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA, SÃO GONÇALO (RJ), 2000
- TABELA 13 - NÚMERO DE MORADORES SEGUNDO A FORMA DE INSTALAÇÃO SANITÁRIA, SÃO GONÇALO (RJ), 2000

- TABELA 14 - NÚMERO DE MORADORES SEGUNDO A FORMA DE COLETA DE LIXO, SÃO GONÇALO (RJ), 2000
- TABELA 15 - REDE DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SÃO GONÇALO EM 1989
- TABELA 16 - REDE DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SÃO GONÇALO EM 1999

GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 - COMPOSIÇÃO DO PIB MUNICIPAL POR ATIVIDADE PRODUTIVA EM SÃO GONÇALO, 2000
- GRÁFICO 2 - EVOLUÇÃO E COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS, SÃO GONÇALO, 1997-2001
- GRÁFICO 3 - EVOLUÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO E DO ESTADO PARA SÃO GONÇALO, 1997-2001
- GRÁFICO 4 - EVOLUÇÃO DA COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS CORRENTES, SÃO GONÇALO, 1997-2001
- GRÁFICO 5 - EVOLUÇÃO DA RECEITA TOTAL DE SÃO GONÇALO, 1997-2001
- GRÁFICO 6 - LEITOS VINCULADOS AO SUS POR REGIME, SÃO GONÇALO, 1996-2002
- GRÁFICO 7 - INTERNAÇÕES POR NATUREZA, SÃO GONÇALO, 2001

QUADROS

- QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE SÃO GONÇALO (RJ), 2000
- QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA EM SÃO GONÇALO(RJ), 2000
- QUADRO 3 - CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS PELO PSF, SÃO GONÇALO (RJ), 2001
- QUADRO 4 - GASTOS NA FUNÇÃO SAÚDE E SANEAMENTO EM SÃO GONÇALO (RJ), 1997-2001

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

- ABM - Associação Brasileira de Municípios
- ARENA – Aliança Renovadora Nacional
- CF - Constituição Federal
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- FPM - Fundo de Participação dos Municípios
- FUNDEF - Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério
- IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Municipal
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH - Índice de Desenvolvimento humano
- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
- IPTU - Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana
- ISS - Imposto Sobre Serviços
- ITBI - Imposto sobre transmissão Inter Vivos
- LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
- MS - Ministério da Saúde
- NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
- NOB / SUS - Norma Operacional Básica do SUS
- OP - Orçamento Participativo
- PAB - Piso de Atenção Básica
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAM - Posto de Assistência Médica
- PDT- Partido Democrático Trabalhista
- PIB - Produto Interno Bruto
- PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
- PMSG - Prefeitura Municipal de São Gonçalo
- PSD - Partido Social Democrático
- PSF - Programa de Saúde da Família
- PT - Partido dos Trabalhadores

- PTN - Partido Trabalhista Nacional
- PTB - Partido Trabalhista Brasileiro
- RM - Região Metropolitana
- SILOS - Sistemas Locais de Saúde
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- SUSC - Superintendência de Saúde Coletiva

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo analisar como o poder local vem tomando a produção de políticas sociais, especialmente as políticas de saúde, como objeto de decisão e ação, considerando que hoje está em curso um processo que aponta francamente para a ampliação da esfera de decisão do governo e da sociedade locais.

Em função de mudanças de diferentes ordens, as cidades passam a ter que intervir em variadas dimensões, ultrapassando substantivamente suas funções tradicionais de prestação de serviços específicos. A esfera local hoje deve ater-se a questões cruciais relativas ao desenvolvimento econômico, social e ambiental (Castells e Borja, 1996; Harvey, 1996 ; Dowbor, 1995; Jara, 1996).

O ponto de partida de nossa análise é o processo de descentralização político-administrativa que vem ocorrendo no Brasil desde os anos 1990 e que vem, em grande medida, se confundindo com a municipalização das ações governamentais, já que a descentralização assume claramente o sentido da transferência de poder, recursos e responsabilidades do nível federal para o nível municipal, sobretudo no tocante à provisão de serviços sociais.

Com efeito, no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, estamos diante de um município totalmente novo do ponto de vista jurídico-formal. Com a reestruturação das unidades federativas do Estado brasileiro consignada na Carta de 1988, União, estados e também municípios foram definidos como entes federativos autônomos. Ou seja, somente a partir de 1988 os municípios passam a constituir uma instância de direito público funcional e territorialmente descentralizada.

No que tange aos arranjos legais e institucionais necessários, as bases da descentralização estão consolidadas. Contudo, sabemos que historicamente os municípios no Brasil têm se constituído em esferas subordinadas de poder, tanto por sua grande dependência financeira do governo central (que permanece após mais de uma década de implementação do processo descentralizador, conforme demonstrou a pesquisa recente realizada pelo IBGE)¹, quanto por sua frágil capacidade administrativa para a gestão de políticas públicas.

Neste contexto, importa, para além dos estudos que vêm focalizando os aspectos gerais envolvidos neste processo e que são de grande relevância, *pôr em foco o poder local e sua capacidade efetiva de formular e implementar políticas voltadas a responder às demandas sociais locais e, como a gestão e os resultados das políticas locais são afetadas pela dinâmica política local.*

Em verdade, estudar a capacidade da instância local no Brasil de implementar políticas impõe compreender a própria revalorização do local como instância estratégica para o desenvolvimento econômico e social, fenômeno contemporâneo associado ao processo de globalização que permite, na visão de Castells e Borja (1996), se falar nas cidades hoje como atores sociais complexos e de múltiplas dimensões, na medida em têm a seu encargo realizar uma articulação entre administrações públicas de diferentes níveis, agentes econômicos públicos e privados, organizações sociais e cívicas e setores intelectuais e profissionais de comunicação social. Assim, em alguns casos, está se evoluindo de um sistema político local para um sistema de *governança local*, já que envolve um conjunto complexo de organizações de origem pública, privada e não-governamental (Souza, 1999).

¹Trata-se da pesquisa *Perfil dos Municípios Brasileiros*, que tomou como base dados referentes ao período entre 1998 a 2000.

Em que pese as enormes disparidades que caracterizam as cidades nos diferentes países e regiões e suas condições para desempenhar os novos papéis que lhes têm sido postos, o fato é que a tônica do debate político tem gerado em torno da concepção de que a esfera local deve ser capaz de garantir à população residente em seu território um mínimo de bem-estar *vis-à-vis* a incorporação desta população usuária à gestão das políticas e programas voltados à consecução deste objetivo.

Estes importantes desafios que estão sendo colocados à instância local impõem transformações na própria maneira de conceber o governo local presentes nos enfoques teóricos tradicionais, caudatários dos estudos clássicos de Tocqueville, Tomas Jefferson e Stuart Mill, os quais ressaltam as virtudes da instância de governo local como corolário fundamental do aprofundamento democrático, quer porque as instituições políticas locais apresentam-se como depositários naturais dos valores e práticas democráticas quer porque idealizam os governos locais como uma instância de poder permeável a uma maior participação política, maior controle social, distribuição mais eficiente dos serviços e maior proximidade do cidadão, em oposição aos níveis centrais.

Faz-se mister, portanto, diante da complexidade de que se investe o local em nosso tempo, desenvolver arcabouços teóricos capazes de capturar o cerne das questões que atravessam esta instância de poder, os atores sociais aí inseridos e como as políticas locais vem sendo implementadas. É deste ponto de vista que tomamos como objeto de análise o papel da instância local entendida em sua dinâmica política na qual os diversos interesses e estratégias dos atores locais se articulam e afetam as decisões do governo local no tocante às políticas sociais. A compreensão do complexo entrelaçamento no qual esta instância de poder está imersa, rejeita tanto transpor para a política local padrões e fenômenos da política federal quanto pensar os processos políticos locais e o

comportamento dos atores sociais aí situados como livres de quaisquer constrangimentos impostos por outras instâncias mais abrangentes de poder.

Neste sentido, avaliar os resultados do processo descentralizador no Brasil implica investigar se a ênfase na produção de políticas sociais pelo nível local hoje em curso têm implicado em mudanças ou, ao contrário, na permanência de determinados padrões consagrados na forma de operar destas políticas entre nós que vêm historicamente caracterizando o sistema de proteção social brasileiro.

Para uma aproximação com tal problemática trabalhamos articuladamente com três dimensões: o conceito e os objetivos do processo de descentralização e os desdobramentos de sua implantação no contexto brasileiro; a implementação de políticas sociais e as variáveis contextuais que impactam os resultados das políticas e programas e, a dinâmica do poder local, compreendida enquanto uma instância de poder constituída por uma complexa constelação de instituições, agentes (públicos e privados) e redes políticas.

Atravessada por profundas heterogeneidades econômicas, sociais e regionais e por uma estrutura federativa recomposta recentemente e ainda recalcitrante, a realidade brasileira hoje mostra-se extremamente rica para a realização de estudos voltados à problemática local, mormente na sua interconexão com a questão social. Entendemos que a maior ou menor capacidade do poder local responder de forma eficaz às novas funções que lhe cabem depende de requisitos locais que vão desde a dinâmica econômica e a capacidade fiscal de cada localidade, passando pela complexidade da estrutura urbana e demográfica até variáveis afetas à dinâmica política local como tradição associativa e relações entre poder público e bases sociais.

Nesta perspectiva, uma interpretação mais fiel deste perfil implica em dar visibilidade aos diferenciais que marcam o conteúdo e as conseqüências das mudanças em cada contexto específico. Assim, para a realização do estudo adotamos a metodologia do estudo de caso, tomando como base empírica o estudo de um município específico que é o município de São Gonçalo (RJ), localizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. A partir de uma aproximação empírica com a localidade, buscamos investigar como se processam as inter-relações entre a tradição política municipal resultante de diferentes variáveis e as exigências postas pelo novo arranjo encetado na área social, processo que a novo ver, vem reformatando a própria arena política local.

Tomamos como base para análise da implementação da política social pelo município uma área social específica que é a política de saúde. A escolha de tal política setorial, entre outras cuja gestão é hoje de responsabilidade municipal, deu-se em função de alguns fatores:

- i)* Primeiro, porque já vimos acompanhando os desdobramentos da implementação da descentralização da política de saúde a partir de nossa inserção em pesquisas anteriores dedicadas a esta temática;
- ii)* Em segundo lugar, é consenso na literatura sobre políticas sociais (Arretche, 2000; Draibe, 1999) que foi a saúde a área social que mais avançou no que concerne à estruturação de marcos institucionais viabilizadores de uma efetiva descentralização das ações assistenciais;
- iii)* Além disso, o papel de gestor da política de saúde conferido à esfera municipal requer considerável capacidade político-gerencial para o desempenho das funções de planejamento e monitoramento de ações voltadas à consecução de graus razoáveis de cobertura nos diferentes

níveis de atenção e resolutividade do sistema. Daí porque a análise do desempenho municipal na gestão desta área setorial permite de fato captar de que forma o poder local está se qualificando para o exercício da função de gestor;

- iv) Some-se ainda o fato de que no município de São Gonçalo, onde o estudo foi realizado, a política de saúde teve, durante o período estudado, *status* de área prioritária impressa nas plataformas políticas dos diferentes gestões municipais que se sucederam durante o período estudado e que vieram responder a uma carência histórica existente na localidade, claramente formulada como demanda pelos movimentos sociais locais;
- v) Aqui é preciso considerar ainda a relevância social da política de saúde, considerada uma das áreas mais sensíveis ao se tomar como referência os padrões de bem estar auferidos por uma população. Assim, a política de saúde constitui uma política social que goza de alta visibilidade social e cuja estruturação incorpora um aporte elevado de recursos financeiros e humanos, constituindo junto com a política de educação, as duas áreas mais dispendiosas e complexas da ação estatal no campo social.

A escolha do município de São Gonçalo para a realização da pesquisa mostou-se rica na medida em que se trata de um município com grande densidade populacional, localizado na periferia metropolitana e que apresenta um grande déficit de infraestrutura urbana e de serviços sociais. Com uma população de 891.119 habitantes segundo o Censo Demográfico de 2000 (IBGE,2000), é o terceiro município mais

populoso do estado do Rio de Janeiro. O perfil sócio-econômico da maior parte da população residente impõe grandes desafios ao poder público no tocante à viabilização de políticas sociais capazes de responder às demandas de uma enorme população majoritariamente dependente do setor público e historicamente desassistida. Neste sentido, o caso de São Gonçalo é bastante representativo do fenômeno amplamente discutido na literatura que mostra a marcante metropolização e periferização da pobreza brasileira, características que se intensificam a partir da década de 80 e que combinam, nas áreas periféricas, crescentes índices de violência urbana, insuficiência e ineficiência de serviços públicos; aumento dos índices de pobreza e acirramento dos índices de desigualdade entre centro e periferia nas principais regiões metropolitanas brasileiras (Albuquerque, 1993; Lago, 2000; Ribeiro, 2003; Rocha, 1998).

Diante deste quadro no qual se inscreve o município de São Gonçalo, nosso objetivo foi analisar como este reforço da gestão das políticas públicas pelo nível local, engendrado pelo processo de descentralização, vem reformatando o conteúdo e a direção dada a estas políticas a partir do seu entrelaçamento com as interveniências próprias da arena política local.

Tomamos como referência para a realização da pesquisa dois eixos analíticos articulados:

. *a análise da dinâmica política local*, procurando identificar seu *modus operandi* a partir da intermediação de interesses entre o governo municipal – representados pelos Poderes Executivo e Legislativo - e os outros atores sociais relevantes no contexto municipal no que tange à conformação da agenda municipal para a área social;

. **a** *análise da gestão da política de saúde municipal* desde o momento da municipalização do sistema de saúde em 1991 até o ano de 2001, período em que diferentes forças políticas ocuparam o poder no município e implementaram projetos próprios nesta área setorial (com prioridade para os projetos de reorganização da rede de atenção básica de saúde), projetos estes cujo desenho representam uma combinação entre as medidas indutivas e normas institucionais do SUS, oriundas portanto do nível central de governo (Ministério da Saúde) e, as singularidades sócio-políticas locais.

No que se refere a sua organização, a tese estrutura-se em três capítulos:

No primeiro capítulo, realizamos uma incursão teórica sobre a natureza do poder local, suas virtualidades atuais e como se coloca como instância política no mundo contemporâneo. A seguir, procedemos a uma caracterização da natureza da instância local no Brasil, bem como sua trajetória histórica, a rede de inter-relações que estabelece com outros níveis de governo em um formato federativo com as características do nosso, buscando compreender como diferentes fatores se entrelaçam para conformar o perfil do poder local e inscrever nele maior ou menor capacidade de viabilizar políticas, geri-las, avaliá-las, monitorá-las, enfim, torná-las efetivas.

No segundo capítulo, tomamos como objeto de reflexão o padrão das políticas sociais brasileiras a partir da década de 1990, contexto em que a implementação de programas sociais que respondessem às demandas de maior equidade e afirmação dos direitos sociais consignadas na Constituição de 1988 enfrenta as pressões geradas por uma profunda instabilidade econômica, por sucessivos programas de estabilização, pelo ajuste fiscal e pela reforma do Estado, conformando uma agenda que conjuga restrições financeiras substantivas para o financiamento do sistema de proteção social com uma enorme resistência da complexa estrutura institucional legada pelo seu passado.

Apesar dos limites claros impostos, a literatura aponta como avanços efetivos do processo recente de reforma a descentralização da prestação de serviços sociais e o aumento relativo da participação social na formas colegiadas que acompanham os programas (Draibe, 1998). Ganha destaque neste contexto a política de saúde, cuja gestão descentralizada é objetivo deste trabalho examinar. Nesta área setorial, a tônica do debate mostra que, decorridos quinze anos desde o início do processo de repasse da gestão da política para a esfera municipal, a forma como os municípios vem desempenhando esta tarefa obedece a ritmos e lógicas distintas ditadas por diferenças locais regionais e pelo sentido impresso às políticas indutivas implementadas pelo nível central.

Finalmente, no terceiro capítulo, passamos a analisar, a partir dos eixos analíticos mencionados, como o município de São Gonçalo vem concretamente desempenhando a função de gestor, considerando a pouca tradição do poder político local em elaborar e executar políticas voltadas a responder de forma racional às demandas em seu território e, ao mesmo tempo, tendo por referência a ênfase nas variáveis contextuais intrínsecas ao próprio processo de implementação da gestão descentralizada, permitindo apreendê-la no seu estatuto processual cujos resultados devem ser avaliados no médio prazo.

Assim, o desenho metodológico da pesquisa (cujos contornos são também detalhados neste capítulo) buscou não só observar como o poder local vai gradativamente desenvolvendo a sua capacidade técnico-administrativa para o exercício da gestão descentralizada, mas principalmente, como esta gestão vai ganhando contornos que refletem os interesses e estratégias dos agentes envolvidos na implementação, ou seja, como o processo decisório local em torno da gestão das

políticas sociais condiciona ou imprime uma lógica específica ao resultado destas políticas.

CAPÍTULO I - Mudanças Societárias Recentes e a Revalorização do Local

I.1 - Estado, Descentralização e Poder Local

O tema da descentralização do Estado tem lugar central no debate político-acadêmico contemporâneo, como parte das alternativas que se colocam para a crise que atravessou o mundo capitalista nas décadas de 1970 e 1980, e que impôs uma profunda reestruturação econômica, bem como um reajustamento social e político, configurando um novo modelo de acumulação de caráter mais flexível.

A cena contemporânea expõe as profundas alterações ancoradas nas transformações do processo produtivo que tem como eixo o avanço tecnológico, com novas formas de organização da produção, do processo e das relações de trabalho. Somado a isso, assiste-se a transformações substantivas no campo social e político, aí entendidas a constituição de novas identidades culturais e padrões de cidadania.

No centro do debate sobre este novo cenário mundial está a discussão sobre o novo contorno que o Estado vem assumindo neste processo. Esta redefinição do papel e da natureza do Estado delinea-se a partir da constituição de um novo paradigma, em conexão com a dinâmica atual do capitalismo, que tem como princípios ordenadores básicos a flexibilização e a desregulamentação.

Se nos anos 80 a crítica centrava-se no esgotamento do padrão de regulação em vigor e no seu corolário de diminuição do tamanho do Estado como providência fundamental à elevação da competitividade das economias globalizadas, os anos 90 trazem o reconhecimento crescente dos limites do mercado como instância racional

capaz de ordenar a convivência social, colocando ao lado das medidas de ajuste econômico, medidas contra o aprofundamento da desigualdade e da segmentação social, reforçando a importância da ação reguladora do Estado como fator de otimização macroeconômica.

Assim modifica-se a visão dominante nos primeiros anos da crise que se edifica sobre o clássico princípio liberal "mais mercado, menos Estado". Vai se delineando uma relativa revisão deste preceito, caudatária de distintas proposições políticas, as quais têm como um de seus focos fundamentais a estratégia da descentralização, tendo por meta o aprofundamento da democracia. A descentralização, neste contexto, tanto responde aos ditames de descentralizar poder e recursos para os níveis estatais subnacionais quanto para o setor privado.

É certo que, frente às próprias mudanças tecnológicas e de relações sociais de produção extremamente rápidas que vêm caracterizando o momento atual, o Estado tradicional mostra-se extremamente ultrapassado por uma dinâmica que exige respostas rápidas e flexíveis a situações diversificadas e complexas.

Uma das implicações desse processo em curso é a imposição de uma *nova inter-relação entre os níveis central e local*. Assim, cada vez mais o nível central de decisão dos diferentes países tem que se ocupar com a coerência das grandes infra-estruturas econômicas, com os equilíbrios macroeconômicos, com as desigualdades regionais, com a inserção do país na economia mundial, com os investimentos tecnológicos de longo prazo. E, com isso, problemas mais específicos são transferidos para espaços mais próximos do cidadão (Hall,2000).

Para Harvey (2000), o modelo de Estado centralizado do período fordista, característico dos países centrais e vigente até meados da década de 1970, é em certo

sentido vítima de sua própria rigidez, ou seja, a crise do fordismo keynesiano aponta para a incapacidade desse modelo conter as enormes contradições nas quais se encontrava enredado, sobretudo pelo alto grau de rigidez e centralização que lhe era intrínseco após quase três décadas.

A partir dos anos 1970, explicita-se o desgaste desse paradigma centralizado e intervencionista, colocando na ordem do dia a questão da descentralização do Estado. Tal imperativo, no entanto, é traduzido no campo político através de diferentes tintas ideológicas e que portam projetos políticos diferenciados no tocante ao formato e às funções que o Estado deve desempenhar nesse novo estágio do desenvolvimento capitalista.

De modo diverso das democracias consolidadas dos países europeus e da América do Norte, em países como os latino-americanos, onde os regimes democráticos são recentes e frágeis, a crítica dirigir-se-á às estruturas políticas centralizadas e ao Estado burocrático-autoritário. Nestes países, após longos períodos de regime autoritário, a descentralização é vista como estratégia tanto para uma nova repartição do poder político entre os entes locais, regionais e nacional, quanto também para expressar as demandas de diversos atores sociais por instrumentos mais efetivos de controle sobre a agenda e as políticas governamentais.

Nesta perspectiva, a tendência é que cada vez mais as cidades assumam funções antes da competência dos governos centrais, conformando um nova hierarquia dos espaços sociais, mudança que é parte da transformação da própria natureza do Estado-nação, onde se abrem cada vez mais espaços à pluralidade cultural e à revalorização das tradições regionais e locais.

Mas, se é verdade que o vetor das mudanças aponta para o imperativo da transformação do Estado, também é verdade que, apesar da inadequação para o tempo corrente do padrão de desenvolvimento centralizado que caracterizou o período fordista nos países centrais, é o próprio Estado keynesiano que conferiu um novo conteúdo à questão urbana ao investir maciçamente na infra-estrutura social, ação que se conjuga ao papel central deste mesmo Estado na economia.

Conforma-se assim, para Harvey (2000), um padrão específico de urbanização, introduzindo uma nova agenda no planejamento urbano, centrada no fenômeno da metropolização, na criação de novas cidades e de distritos industriais voltados para as plantas fordistas. Esse modelo de urbanização assumiu um conteúdo social específico, assim como modos de vida e culturas políticas locais próprias, constituindo então um novo padrão de sociabilidade essencialmente urbano, diverso em sua essência de períodos históricos anteriores.

Entretanto, ainda que o fenômeno da intensa urbanização seja característico deste momento histórico pós-Segunda Guerra, o que marcou o local e o urbano naquele período foi seu papel fundamental de gestor de transferências intergovernamentais oriundas do Estado central, que tiveram como destino a execução de ações concertadas na área de infra-estrutura, em que restava às gestões locais pouca liberdade alocativa. Em sociedades menos desenvolvidas, como o Brasil, conforme analisaremos mais adiante, este fenômeno se dará posteriormente, já que o fenômeno da urbanização passa a ser mais intenso a partir de meados da década de 1960.

Mas, na verdade, a centralização não esvazia totalmente o poder das entidades locais como mostra a literatura (Praticeille,1991; Massolo,1988; Borja,1988). Não se trata de uma concentração absoluta de poder no ápice dos aparatos do Estado, mas este

direciona as condições, a natureza e as formas de exercício do poder local e do funcionamento de suas esferas político-administrativas. No modelo centralizado, *há uma divisão de trabalho pré-definida entre as instituições centrais e as administrações locais*, onde cabe às primeiras as grandes e cruciais decisões e intervenções voltadas às políticas econômicas e financeiras do modelo de desenvolvimento, enquanto aos governos locais está destinada a gestão local dessas decisões centralizadas na vida das comunidades.

Antes disso, porém, é preciso lembrar que é o Estado liberal, do qual descende (não sem continuidades evidentemente) o Estado social centralizado, que estende a igualdade jurídica a todos os cidadãos, libertando-os da dominação feudal e do jugo dos micropoderes locais.

Mas se, por um lado, as mudanças no paradigma de desenvolvimento refunda os Estados-nação nas sociedades contemporâneas em geral, só se pode dimensionar as reais transformações tendo-se por referência as formações sociais específicas, com seus arcabouços institucionais próprios e atores portadores de determinadas estratégias e metas.

É útil aqui a análise proposta pelo institucionalismo histórico, onde se dá ênfase a como as instituições histórica e socialmente construídas afetam as estratégias, as metas dos atores, a distribuição de poder entre eles e os resultados em termos de decisões políticas.

Conforme Steinmo e Thelen (1994), o enfoque institucionalista fornece as pontes analíticas de alcance médio úteis para entender continuidades e especificidades nas políticas ensejadas, contribuindo assim para iluminar os arranjos institucionais que estruturaram as relações entre o Estado e a sociedade e as regularidades mais amplas

comuns a um grupo de países *vis-à-vis* a diversidade existente entre os casos nacionais, isto é, esclarecem "*as variações em um tema comum*".

Mas o projeto teórico e a estratégia de pesquisa dos institucionalistas históricos não têm só como núcleo as instituições enquanto padrões modeladores da ação dos atores, seus interesses e estratégias e a distribuição de poder entre eles. Assim, as instituições constroem e refratam a política, mas nunca são a única causa dos resultados. Em cada situação específica um conjunto de variáveis são relevantes, muito embora o contexto institucional seja central.

Tomando o caso específico da problemática que nos interessa, ou seja, a relação atual entre central/local, ou o processo de redivisão de responsabilidades políticas entre os níveis de governo e o lugar do espaço local neste contexto, é fundamental tomar como referência as variáveis mais gerais ligadas às transformações estruturais em curso, mas também as características dos arcabouços institucionais específicos onde tais transformações estão se processando, contexto onde se movimentam determinados atores, com seus interesses e ações estratégicas. Neste sentido, em conformidade com a tônica atual das análises sociais em acentuar a convergência de paradigmas e matrizes disciplinares, é preciso partir das estruturas e ao mesmo tempo da ação como instrumental teórico eficaz para captar a complexidade dos fenômenos contemporâneos, como é o caso da reformatação do espaço local nas sociedades atuais.

A vigência do modelo centralizado desde a metade do século, bem como a crise a partir dos anos 70, levou inúmeros autores ancorados no modelo teórico marxista, a produzirem uma série de estudos cuja ênfase estava na afirmação de que a ação do poder local, no contexto da acumulação capitalista, se concentrava muito mais na garantia das condições para a reprodução da força de trabalho do que nas condições para

a reprodução do capital, esta função primordial do Estado central. Para dar conta de sua incumbência de garantir as condições para reprodução da força de trabalho, o poder local realiza ações referentes tanto à regulamentação quanto à produção de obras e serviços públicos de interesse local, sempre insuficientes, realimentando a contradição inerente à lógica capitalista (Lojkin,1981; Castells,1981, entre outros).

Mas a literatura voltada para a problemática urbana amplia essa visão ao introduzir outros elementos para a compreensão do fenômeno urbano e do cenário político local. Essa literatura é unânime em apontar que o signo da diferença marca as apreensões sobre a vida urbana no século XX e que se intensifica na passagem para o século XXI. Assim, no contexto da sociedade contemporânea, a observação e análise da vida urbana complexifica-se cada vez mais, posto que, a questão e as demandas urbanas não podem ser tratadas apenas como determinadas pelas diferenças na estrutura da cidade, motivadas pela desigualdade da distribuição dos equipamentos urbanos e pelas contradições da acumulação capitalista. Tais referências são obviamente relevantes, mas não suficientes diante do perfil das cidades contemporâneas traduzidas por Simmel (1976) como um *campo de múltiplos circuitos*.

Nesta perspectiva, Simmel afirma que a dinâmica urbana traz em si movimentos que passam pela intimidade e sua representação pública, pelo individual e coletivo, pelas questões da desigualdade, da diferença, do gênero, onde valores como direito, democracia, juntamente com reivindicações pela melhoria das condições materiais de vida adquirem contornos complexos. O espaço local, deste ponto de vista, deve ser pensado em seus múltiplos planos de organização, e para compreendê-lo é preciso decifrar um léxico que entrecorta cada vez mais público e privado, diferente e desigual.

Sem perder de vista a complexidade dos circuitos e modos de vida que o território urbano abriga, o que nos coloca diante de um enorme campo reflexivo, interessa-nos compreender **como o espaço local vem no caso brasileiro, em meio a transformações fundantes, desempenhando esse novo papel que lhe é atribuído através do reforço generalizado da gestão política no próprio espaço local. Assim, vivemos um processo que aponta francamente para a ampliação da esfera de decisão do governo e da sociedade locais.**

As transformações ocorridas no campo econômico também têm repercussões intensas no que se refere à gestão urbana. Segundo, Borja e Castells (1996), os governos locais extrapolam cada vez mais suas obrigações legais para atrair investimentos, gerar emprego e renovar a base produtiva das cidades, refletindo um crescente protagonismo da esfera local no processo de desenvolvimento.

Para nossa reflexão, como ponto de partida, recuperamos o argumento de Harvey (2000) ao afirmar que o processo em curso de internacionalização do capital e a mundialização da produção permitiu que os governos locais se convertessem em atores ativos na cena urbana, inclusive no tocante à promoção econômica, ultrapassando a sua função tradicional de mero provedor de incentivos fiscais, o que vem reforçar a relevância de que se investe a esfera local, padrão que se consagra a partir da década de 80.

A partir de então, vinculado às transformações econômicas, há uma mudança significativa nas representações sobre o papel das cidades no desenvolvimento econômico. Passam a ser acentuados requisistos como a capacidade de competitividade das cidades no circuito global. Coloca-se como imperativo identificar e enfrentar os obstáculos que se interpõem à prosperidade da economia urbana e ao desenvolvimento

local. Tais obstáculos são: insuficiências na infra-estrutura urbana necessária às atividades econômicas; a pobreza extrema e a degradação ambiental.

Neste quadro, as funções do governo local também se transformam e se ampliam diante da necessidade de implementar um programa ativo de ações visando atrair investimentos privados e aumentar o desempenho macroeconômico das localidades. Cabe ao poder público local a garantia de um meio ambiente favorável aos negócios, a adoção de políticas focalizadas voltadas a reduzir os níveis de pobreza extrema e a busca ativa de parcerias com o setor privado como meio de viabilizar a competitividade e a inserção das economias locais nos circuitos globalizados.

A esse conjunto de novas incumbências postas às cidades e aos governos locais de modo generalizado (claramente explicitado nos documentos das agências multilaterais), há uma crítica corrente nos meios políticos e acadêmicos que acusa tais proposições de desconsiderar os aspectos históricos e as especificidades das dinâmicas políticas nacionais e locais, assim como uma tendência de reduzir a gestão urbana a seu caráter técnico, ignorando seu caráter político e retirando de cena os atores e os conflitos sociais que estruturam a dinâmica urbana (Santos Jr, 2001).

Para Castells e Borja (1996) não é possível uma definição universal do papel dos governos locais dadas as especificidades de cada país e de cada localidade. Na visão destes autores, as cidades devem portanto assumir competências e funções conforme suas peculiaridades em diversos aspectos.

Entretanto, se é preciso reconhecer as singularidades e vocações específicas de cada localidade, também é imperativo reconhecer que diante da perda de poder e recursos pelo Estado Nacional, a dinamização do desenvolvimento econômico local pelo governo e sociedade locais tem sido em muitos casos a “saída” encontrada por

muitas localidades tendo em vista a necessidade de fazer face a demandas urbano-sociais crescentes.

O modelo de desenvolvimento econômico privilegiado ao longo do século XX estava baseado na utilização de tecnologias que se viabilizavam economicamente aplicadas por grandes empresas, favorecendo a economia de escala. Tal modelo tem como derivado a monopolização e a concentração espacial da estrutura produtiva.

Como estratégia para amenizar os efeitos da forte polarização resultante deste modelo, vários países colocaram em prática (entre eles o Brasil notadamente durante o regime militar) a estratégia dos “pólos de desenvolvimento”, como instrumento de estímulo à economia das regiões deprimidas e assim superar os desequilíbrios regionais (Santos, 2003).

Assim, o desenvolvimento era concebido como um processo centrífugo partindo de alguns setores (indústria motrizes), de alguns centros (pólos de desenvolvimento) e que se difundia por meio de mecanismos de mercado e/ou do apoio da política de desenvolvimento regional.

Está subjacente a este padrão duas premissas básicas: a crença na grande empresa e a confiança na capacidade do Estado de gerar desenvolvimento por meio da implantação de políticas públicas (idem, 2003:22).

Hoje tais estratégias são objeto de tensão e crítica tanto dos meios acadêmicos quanto dos meios políticos, que vêm naquele padrão um de negligenciamento dos aspectos sociais, políticos e econômicos da região a ser desenvolvida.

Por outro lado também, e principalmente, as substantivas mudanças na dinâmica econômica a partir dos anos 70 limitaram a capacidade de intervenção do Estado via políticas macroeconômicas, tornando inócuas as políticas de pólos, uma vez que

aumentaram consideravelmente as possibilidades de deslocalização dos investimentos, contribuindo para o processo de “descentralização espacial” das atividades econômicas.

A estratégia de imigração dos investimentos tende a ser uma estratégia utilizada para submeter o poder público aos interesses das empresas. Estas fazem suas opções locacionais não mais baseadas somente na disponibilidade de recursos a baixo custo, consideradas “vantagens comparativas estáticas”, mas principalmente nas “vantagens comparativas dinâmicas”, isto é, na oferta de infra-estrutura, de mão-de-obra qualificada e de gestão macroeconômica eficiente e estável.

Desta conjunção de fatores emerge uma nova estruturação espacial e um novo sistema urbano. Tal formato impõe novos papéis às cidades, consideradas elos da cadeia de fluxos que caracteriza a ordem econômica. Ressalte-se que as cidades desempenham papéis bastante diversos nesta cadeia conforme sua inserção no contexto econômico-político.

I.2 - Reforço do Poder Decisório das Esferas Locais e Democratização do Poder Político

As mudanças em curso mencionadas reforçam a idéia de que o papel do nível local varia em cada época e contexto nacional, de acordo com os atores que participam da cena política e as funções exercidas pelo Estado no qual este nível local está inserido. Essa variabilidade é dada tanto pelas condições que estão postas pela natureza da dinâmica político-econômica mais ampla, quanto é influenciada pela complexa combinação de fatores que caracteriza cada país e cada localidade específica.

Assim, no campo mais amplo, a natureza e funções desempenhadas pelo espaço local nos dias atuais são formatadas em certo grau, como dito acima, pelo conjunto de transformações que vem se operando no contexto das sociedades capitalistas, sejam centrais ou periféricas, sem contudo negligenciar obviamente os diferenciais que marcam o conteúdo e as conseqüências das mudanças em cada contexto específico.

O dimensionamento do novo desenho adquirido pelo espaço local, hoje francamente depositário de grandes responsabilidades políticas, impõe a necessidade de estudos que tenham por objeto análises territorialmente localizadas.

Isso coloca os estudiosos do tema diante de um grande desafio teórico, à medida em que os grandes modelos teóricos se mostram inadequados para a compreensão das novas virtualidades do poder local, dado seu caráter multifacetado. Mas, ao mesmo tempo, é essencial estabelecer aportes explicativos que ultrapassem os tradicionais estudos focalistas voltados à comunidade e a vida local *strito sensu*, cujo potencial analítico é restrito (Bourdin, 2001). Não obstante a retomada recente da temática, é ainda expressivo o vazio teórico que a cerca. A maior parte das análises clássicas privilegiam uma leitura normativa do lugar a ser ocupado pelo poder local no jogo político, idealizando os governos locais como uma instância de poder permeável a uma maior participação política, maior controle social, distribuição mais eficiente dos serviços, valor político positivo virtuoso e maior proximidade do cidadão, em oposição aos níveis centrais.

Esse conjunto de virtudes atribuídas ao poder político local parte da tradição iniciada por Toqueville, Thomas Jéferson e Stuart Mill, cujas reflexões partiram da valorização do governo local como meio de expansão das virtudes cívicas da própria

democracia. Para Tocqueville, a autogestão local leva a compreensão prática das responsabilidades práticas entre governantes e governados na resolução de assuntos cotidianos, estimulando a participação no plano micro como base da democracia enquanto sistema macropolítico (Tocqueville, 1973).

Mas, no cenário atual, o próprio conceito de poder local está imerso em grandes indefinições e ambigüidades, dadas por um lado pela própria amplitude dos processos e pela multiplicidade de agentes institucionais que ele abriga. Além disso, também faz fronteira com outros conceitos como autonomia local, governo local, cuja interface obscurece os limites entre eles.

Assim é que em função da necessária referência a análises de realidades concretas como condição para estabelecer mediações eficazes à caracterização do poder local, autores vêm tomando como ponto de partida a realização de estudos capazes de desvendar tramas, mediações e interconexões entre o local, o regional e o nacional em formações sociais específicas e, ao mesmo tempo, inferindo, a partir daí, a constelação de instituições, agentes e redes políticas que se interpenetram, moldam, orientam e/ou modificam a atuação do poder local.

Entre as décadas de 70 e 80, em muitos países da Europa, desenvolveram-se ativamente reformas institucionais direcionadas para a descentralização do Estado e reorganização da gestão territorial dos processos econômicos, sócio-políticos e administrativos.²

Tais reformas estatais e mudanças nas estruturas locais e regionais tiveram antecedentes, ritmos e modalidades diversas de acordo com os países e sistemas

² Destacam-se entre as experiências de descentralização os casos da Espanha e da França que operam reformas político-administrativas visando reverter o caráter unitário dos seus Estados, em direção a um novo arranjo do sistema político onde instâncias locais possam dispor de recursos institucionais e administrativos até então controlados pelo governo central. Ressalte-se que as duas reformas relacionam-se a imperativos histórico-institucionais diferenciados, próprios de cada um dos países (Massolo, 1988).

políticos em que ocorreram. Contudo, *pode-se dizer que houve um cenário comum onde o território aparece como um aglutinador, denso e turbulento, das contradições, saturações, desequilíbrios e distanciamentos da intervenção estatal centralizada e burocratizada que caracterizou o Estado de Bem-Estar. As reformas no funcionamento interno do Estado implicam um conjunto de modificações legislativas, novas leis e dispositivos para atuação do poder público* (Massolo, 1988).

Souza (1999), ao resenhar a literatura britânica concernente à esfera local, enfatiza que os autores contemporâneos se interrogam sobre a veracidade empírica das virtudes inerentes ao poder local apontada na literatura clássica sobre o tema. Uma das questões mais instigantes postas por tais autores é a conclusão de que os governos locais estão hoje, por definição, enredados no *dilema entre democracia e eficiência burocrática*. Ou seja, se por um lado têm como papel central o fornecimento de serviços adequados às necessidades e demandas locais e, portanto, atuam como veículo da democracia, por outro lado, os governos locais constituem braço local do Estado, executando, em muitas circunstâncias, políticas em áreas prioritárias e pré-definidas, sendo, portanto, também responsável pela eficiência burocrática.

Mais recentemente, a literatura tem apontado outros elementos para o exame do exercício do poder político, particularmente nos níveis regionais e locais. O desafio posto ao poder local de gerir de forma mais eficiente e democrática as políticas públicas sob seu encargo pressupõe, além de descentralizar o próprio poder político local através da disseminação de espaços de decisão, a adoção de uma conduta política onde o atendimento às demandas se processe a partir de regras enunciadas, por oposição ao uso clientelista da máquina política local.

A institucionalização de práticas de gestão descentralizada fundadas na transparência e eficácia na implementação têm encontrado terreno fértil naquelas localidades onde prevalece a virtude cívica que, segundo a análise de Putnam (1996), é atributo de *comunidades que se caracterizam pela existência de cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público, por relações políticas igualitárias e por uma estrutura social firmada na colaboração e na confiança.*

Assim, *firma-se a relação estreita entre desempenho institucional e associativismo.* O conceito de capital social fundamentado nessas práticas associativas historicamente acumuladas tem sido utilizado para explicar diferenciais na qualidade do governo e nos níveis de desenvolvimento econômico. Relações verticais, assimétricas e hierárquicas fomentariam a instauração de práticas autoritárias e de relações sociais predatórias, que por sua vez são impeditivas da geração de políticas conducentes ao desenvolvimento. A ausência de capital social é terreno fértil para a propagação de relações clientelistas balizadas por relações assimétricas, onde os bens públicos se convertem em moeda de troca no intercâmbio de favores (Putnam, 1996:31).

A vigência de relações políticas centradas na cultura de direitos e não em uma estrutura verticalmente estruturada no nível local, no entanto, não depende apenas da vontade política dos ocupantes do governo, mas a disseminação de valores democráticos e de eficiência supõe encontrar eco na própria comunidade.

Por outro lado, é certo que cabe ao Estado um papel de grande relevância neste processo, à medida em que o fenômeno do clientelismo se torna virulento onde essa forma de troca política parece racional, ou seja, em meio a contextos onde a assimetria seja a base da relação Estado/Sociedade e os atores envolvidos julguem ser racional a troca de suporte político por algum bem ou serviço público.

É preciso atentar ainda para o caráter dinâmico que assume o exercício do poder político local hoje em função das já mencionadas mudanças estruturais em curso, que delegam aos governos regionais e locais funções, poderes e recursos bem mais extensos que no passado. O esforço para analisar este processo deve se concentrar em compreender as condições subjacentes à produção de políticas pelo nível local, à mudança ou permanência de determinados padrões. Para tanto, é fundamental conjugar variáveis de caráter mais estrutural com aquelas relativas à dinâmica da relação entre Estado e bases sociais, para explicar o desempenho institucional e político de cada localidade.

Portanto, diante deste conjunto de argumentos e tramas que cercam o poder local, cabe uma relativização da visão deste poder como depositário natural de valores e práticas democráticas, à medida em que a experiência e as pesquisas têm constatado que a capacidade local de implementar políticas é resultante de requisitos variados como *a economia local, as relações entre o centro e o local, a existência de programas de descentralização em execução, as ações políticas exercidas pela comunidade, a capacidade institucional para aumentar a democracia local e para decidir políticas públicas* (King e Jon, 1999). Registre-se que as nuances desta capacidade local efetiva é de difícil captação empírica, permeada que está por sutilezas e heterogeneidades.

Assim, a partir das diferentes abordagens e proposições dos autores citados, tomamos aqui a noção de poder local como sendo uma instância de poder político que por sua própria natureza encontra-se permanentemente pressionado pelas estruturas superiores do Estado e que tende a se subordinar ao aparato burocrático-administrativo das esferas governamentais centrais e, ao mesmo tempo, por se tratar do nível mais descentralizado do Estado, está submetido também às pressões exercidas pelos grupos

de interesse e facções políticas locais. Portanto, o padrão de intervenção governamental no nível local encontra-se enredado neste dilema permanente entre os constrangimentos econômicos e institucionais que limitam a ação e a capacidade de gasto dos governos locais e a competição político-eleitoral inerente à forma democrática, mantendo os grupos que ocupam o poder em permanente empenho para maximizar suas chances de manutenção do poder implantando políticas visíveis aos segmentos sociais locais.

I.3 - Pacto Federativo e Poder Local no Brasil

No caso brasileiro, duas ordens de questões marcam recorrentemente a literatura voltada para o poder local. A primeira diz respeito ao reconhecimento de que se tem vivido ao longo da história brasileira uma tensão permanente entre localismo e centralismo, onde esses dois formatos de ordenação do poder político se alternam (com predominância do centralismo) e, ao mesmo tempo, constituem tema permanente de debate entre juristas, intelectuais, políticos, movimentos organizados e outros atores políticos (Abrúcio,1996; Castro,1988; Daniel,1988; Zimmermann,1999).

A segunda ordem de questões refere-se ao intenso debate sobre a capacidade efetiva dos municípios brasileiros exercerem de fato a sua autonomia para elaborar e executar políticas voltadas a seu território correspondente. Um traço característico da realidade brasileira que alimenta este debate refere-se às fortes desigualdades econômicas, sociais e regionais do país, que têm, obviamente, reflexos na heterogeneidade dos governos locais entre nós (Arretche, 1999; Almeida, 1996; Abrúcio,1996; Bezerra: 1999; Rezende, 1997; Souza, 1999).

Neste sentido, teorias e conceitos elaborados sobre a problemática local em contextos mais homogêneos (como países da Europa e da América do Norte) têm uma eficácia explicativa relativa para a compreensão do caso brasileiro, iluminando apenas alguns de seus aspectos. Daí a necessidade da realização de estudos interpretativos sobre a natureza e implicações do poder local no Brasil, o qual comporta, em função das diferenças que marcam o país, inúmeras modalidades de exercício deste poder, conforme as características regionais e locais no seu entrecruzamento com os traços constitutivos do perfil político nacional.

A intensificação das análises focalizando o poder local nos últimos anos está intimamente relacionada ao processo de descentralização do Estado, em curso desde o início da década de 90. Essa maior divisão de responsabilidades entre as esferas de governo passa a ser uma norma tanto no tocante ao incentivo a uma ação mais efetiva dos níveis subnacionais de governo na criação de mecanismos que favoreçam o desenvolvimento econômico regional e local - mormente os incentivos fiscais e criação de infra-estrutura -, quanto no tocante à gestão de políticas de cunho social.

No que tange ao encaminhamento de políticas que fomentem a dinâmica econômica, a ação do poder local tem sido ainda bastante tímida. Na verdade, é a instância estadual de governo que vem demonstrando uma performance mais ativa nesse campo, gerando, inclusive, algumas distorções principalmente no campo fiscal, configurando um processo de disputa predatória entre os estados da federação. Esta problemática tem sido recorrentemente objeto do debate político e matéria de intensos debates no contexto recente da aprovação da reforma tributária.

Na área social, diferentemente, muda-se consideravelmente o *status* da esfera local, bem como as exigências sobre seu desempenho frente às políticas sociais.

Assim é que dentro desse novo lugar ocupado pela esfera local no conjunto das sociedades contemporâneas e no Brasil em particular, **tomamos como eixo de análise a intervenção deste nível de governo na área social e, dentro desta, focalizamos a política de saúde em particular, tendo em vista que há um consenso em torno da centralidade da esfera local no que se refere à responsabilidade pela gestão da política de saúde**, tema que será objeto de nossa análise mais adiante. Portanto, interessa-nos analisar de que forma as políticas de caráter social, em especial aquelas voltadas ao atendimento à saúde, são tomadas como objeto de planejamento e ação pelo poder local.

Para empreender tal análise é preciso dialogar com inúmeras questões postas sobre a natureza, potencialidades e fragilidades de que se incorpora o poder local entre nós e que tem raiz na própria história política brasileira.

Aqui é preciso fazer referência à clássica obra de Vitor Nunes Leal (1986), cuja centralidade para a compreensão da natureza do poder político local no Brasil é indiscutível e muito já referida na literatura. Leal vai ressaltar o fenômeno do *coronelismo* para explicar a estrutura e a maneira pelas quais as relações de poder se desenvolviam na Primeira República, a partir do município. Embora datado, este fenômeno deita raízes na cultura política brasileira.

O coronelismo pode ser descrito como uma complexa rede de relações, baseadas em barganhas e compromissos mútuos entre os governos estadual e federal e os proprietários rurais. O governo garante o poder do coronel sobre seus dependentes e rivais, sobretudo cedendo-lhe o controle dos cargos públicos e, de outro lado, o coronel hipoteca seu apoio ao governo, sobretudo na forma de votos, sobre os quais mantém controle.

Conforme assinala Melo (1993), a questão da autonomia municipal é parte do discurso político brasileiro desde o final do Império, quando a “bandeira da libertação do município” estava associada aos ideais republicanos, e seus ideólogos propugnavam pela autonomia municipal e provincial.

Durante a República Velha, o *municipalismo* aparece imbricado como o agrarismo, isto é, o enaltecimento da vocação agrária do Brasil. Assim, o agrarismo emerge como a construção intelectual que descobre aquilo que se denomina *o país real*, sobretudo a partir dos clãs locais dispersos nos municípios em um imenso território. Ao mesmo tempo e contraditoriamente, o tema da redenção do Brasil rural coloca-se como uma contra-ideia à então emergente política de industrialização do país e sua correlata que é a concentração demográfica em grandes aglomerados urbanos, diverso dos pequenos municípios dispersos existentes àquela época, cuja vida girava em torno das propriedades rurais.

Este debate estende-se ao pós-revolução de 30 e, nas palavras de seus principais ideólogos, Alberto Torres e Oliveira Vianna, reitera-se a visão do homem brasileiro como antes de tudo um homem do campo, onde a indústria e o processo de urbanização são vistos como artificiais, danosos ao país e associados à degeneração do caráter nacional. Essa visão explícita de forma clara a reação das elites rurais à perda de hegemonia, em um quadro de transição para a sociedade urbano-industrial.

De fato, o agrarismo, assim como o apelo à autonomia municipal constituem a dimensão não realizada, vencida no contexto do processo de modernização instaurado no país a partir de 30. Se, ambigualmente, durante este período a ideologia municipalista é elevada à condição de princípio programático das elites governamentais e de peça importante da estratégia de *nation-building* então adotada, o fato é que, na prática, a Era

Vargas se caracteriza por uma profunda centralização política, administrativa e financeira, levada ao seu auge com a Constituição de 1937, que restringe enormemente a autonomia municipal (Melo, 1993:89).

Em verdade, o paradoxo entre o ideário municipalista e a prática hegemônica a partir de 30, notadamente com o Estado Novo, encontra justificativa na crítica que as elites no poder dirigiam ao conceito de representação. Predominava uma concepção corporativa de representação política e dentro desta visão *o município está orgânica e simbioticamente entrelaçado com o poder central*, sem mediação das instâncias territoriais e político-partidárias que distorçam essa identidade de fins entre os dois pólos. Portanto, o município emerge como uma instância comunitária e portanto, *pré-política*, que acomoda a coletividade das famílias e seus valores, ainda não distorcidos pelas instâncias de representação.

Articulada às críticas ao centralismo e à perda de autonomia das instâncias subnacionais durante o Estado Novo, a tradição municipalista ressurgiu como um apelo doutrinário relevante durante a redemocratização de 1945, vindo a ter forte penetração na Constituição de 1946, atingindo o seu auge mobilizatório durante este período. Nesta fase, o municipalismo se divide em duas vertentes: uma mais política, que vai assumindo cada vez mais o formato de uma frente nacional de prefeitos consubstanciada na Associação Brasileira de Municípios (ABM) criada em março de 1946 e, uma outra vertente devotada ao objetivo de desenvolver no Brasil uma cultura de eficiência na esfera municipal legitimada por um saber moderno, matriz que irá informar proposta específica de modernização urbana, que tem como agência central o IBAM (Instituto Brasileiro de Administração Municipal).

Melo (1993) conclui que *o municipalismo informou ideológica e pragmaticamente projetos fundamentais associados à modernização do país iniciada em 30, sempre mediado por certa dose de ambigüidade, onde o sentido do termo foi apropriado de formas múltiplas, constituindo-se em uma das mais arraigadas e reiteradas peças discursivas da cultura política brasileira*. A não realização do projeto político municipalista, centrado na autonomia e capacidade de gestão da esfera local, reflete, deste modo, a própria modernização brasileira, inconclusa e desigual (pág. 98).

Em que pese a alternância entre a dominância central e a dominância local ao longo da história do país, é certo que o período autoritário iniciado em 64 redefiniu os mecanismos de submissão da vida política local ao nível decisório central. O Estado burocrático-autoritário que se estruturou durante a ditadura militar promoveu um profundo processo de despolitização da sociedade, ao restringir a sociabilidade e buscar monopolizar o discurso coletivo e, a despolitização do Estado, que passa a ter ressaltada a sua qualidade de aparato administrativo que persegue a eficiência posta em relevo, em detrimento de sua dimensão política. Este formato imposto ao Estado, em seus diferentes níveis, impôs ao poder local um esvaziamento político, no que se refere tanto a sua capacidade decisória, quanto às possibilidades de compartilhamento das decisões com a comunidade local.

No campo tributário, a literatura enfatiza que houve uma redução da participação dos municípios brasileiros após a reforma tributária de 1967 no total de recursos tributários da nação (que passa de 8% em 1957 a 5% em 1986), tendo em vista que esta reforma retirou dos municípios a autonomia para tributar. Entretanto, a participação dos municípios nos recursos tributários efetivamente disponíveis tendeu a crescer em função

do aumento das transferências intergovernamentais, tanto automáticas quanto através de mecanismos informais.³

Castro (1988) aponta duas características fundamentais que balizam as relações intergovernamentais neste período. A primeira diz respeito ao processo crescente de urbanização que muda a face do poder local no país. Ao lado disso, há um aumento do poder discricionário do poder central, garantido a partir de uma nova engenharia institucional, que redefine os mecanismos de submissão do poder local ao nível decisório central, permitindo a proliferação de mecanismos informais de transferência de recursos, dos quais se utilizam principalmente os municípios maiores e mais dotados tecnicamente e portanto, com maior poder de barganha política.

Ainda assim, é certo que a reforma tributária de 1967 estabelece mecanismos mais automáticos de repasse de recursos da União para os estados, permitindo, deste ponto de vista, relativo grau de autonomia dos governos locais quanto à provisão de serviços de sua competência, já que os municípios passaram a contar com recursos mais certos.

Entretanto, em consequência da institucionalidade política então em vigor, com a supressão das eleições para os executivos estadual e federal, mas não das eleições executivas municipais (exceto para capitais e áreas de segurança nacional), foi se transformando, ao longo do período autoritário, o modo de articulação e processamento de demandas entre os governos locais e as estruturas superiores de poder, onde foram se tornando cada vez mais recorrentes práticas políticas baseadas na barganha e cooptação de lideranças locais visando garantir a base de sustentação política do regime. Esse processo se intensifica no período de abertura política, quando a agregação de pressões

³ A participação dos municípios nos recursos tributários efetivamente disponíveis oscilam entre 13% em 1976, ficando em 14% entre 69 e 76, passando de 16% nos primeiros anos da década de 80, até chegar a 21% em 1986 (Velloso apud Daniel, 1989).

contra o autoritarismo impõe um novo tom às mediações de interesses e processamento de demandas regionais e locais pelo poder central, em face da sua necessidade de apoio. Neste sentido, segundo Castro, *a necessidade de cooptar aliados a nível local, a fim de diminuir os riscos eleitorais, incrementou o clientelismo e a patronagem no âmbito das relações intergovernamentais, favorecendo a proliferação de mecanismos informais de financiamento de “programas especiais” e a fragmentação dos pólos decisórios nos marcos de Estado burocrático-autoritário* (Castro, 1988:68).

Contudo, é consenso entre os estudiosos do tema que, embora o peso dos municípios no total dos recursos tributários disponíveis tenha aumentado no referido período, esse crescimento não foi compatível como o crescimento da demanda por obras e serviços públicos decorrente do intenso processo de urbanização que o país viveu entre 1960, ano em que pelos dados do IBGE 45,1% da população brasileira era urbana e 1980, quando essa proporção sobe para 67,7% (Taschner, 1991).⁴

A Constituição de 1988 mantém a tendência de limitar a capacidade de tributação própria dos municípios e de elevar os recursos disponíveis através dos recursos transferidos da União e dos estados para os municípios.⁵

A democratização, em especial a retomada de eleições diretas para todos os níveis de governo, e a nova fórmula de compartilhamento de recursos fiscais entre os entes federativos prevista na nova Carta redesenha profundamente as relações intergovernamentais entre nós. Para Almeida (1996), a democratização e a crise fiscal dos anos 80 são os condicionantes básicos da mudança do sistema federativo brasileiro.

⁴ Esta tendência de urbanização se mantém, segundo dados do Censo 2000, constando que 81% da população brasileira atual é residente em áreas urbanas (fonte: IBGE).

⁵ Na visão de alguns estudiosos do sistema tributário brasileiro, a pouca responsabilidade pela cobrança de impostos pela esfera municipal contribui para a irresponsabilidade fiscal, embora não seja sua única causa. A obtenção da maior parte de recursos pelo nível local através de transferência advinda dos níveis superiores, portanto não de tributos próprios, gera uma situação politicamente cômoda e diminui a responsabilidade com o gasto público.

Esses dois elementos atuaram de forma e com pesos diferentes no processo de transformação do pacto federativo.

Assim, se o processo de democratização teve uma relevância maior no início da década de 80, ao final da década é o ajuste fiscal e suas conseqüências retratoras sobre o gasto público que irão redimensionar as relações entre as três esferas de governo. Neste contexto observa-se que a reação ao autoritarismo e a transição democrática vieram acompanhadas de forte movimento em prol da descentralização.

O fato é que a Constituição Federal de 1988 definiu um novo pacto federativo que resultou em grandes transformações quanto à transferência de capacidade decisória, funções e recursos para os estados e, fundamentalmente, para os municípios. Mas também é fato que a descentralização de corte municipalizante acarretou a indefinição das competências e atribuições dos estados, criando um vazio no que se refere a medidas que atenuem as desigualdades regionais. Com efeito, tais mudanças requerem um processo de transição em que a instituição de novas relações intergovernamentais estão condicionadas pela capacidade de negociação de diversos conflitos e interesses, como também dependem da redefinição de objetivos, funções e reforma administrativa das agências governamentais, que agora possuem novas atribuições.⁶

⁶ A experiência federativa tem sua gênese nos EUA, onde as treze colônias inglesas, no processo de independência americana, reuniram-se para formar um novo Estado. O federalismo foi criado portanto em nome da união dos estados, assegurando a autonomia destes, mas tendo como fim último a construção de um arcabouço institucional que garantisse a realização de interesses comuns. Assim, um sistema federativo tem como premissas básicas: *o princípio da autonomia*, a partir do qual os entes federativos estabelecem suas regras de auto governo (*self-government*); *o princípio da interdependência*, o qual define os padrões de cooperação vertical dentro da federação e *o princípio da subsidiariedade*, regra fundamental que determina a distribuição de recursos horizontais dentro da federação, não de forma tutelada pelo poder central, mas pela negociação e decisão autônoma das unidades subnacionais (Scwartz, 1986). Obviamente, esses são os princípios clássicos do federalismo e cada formação social específica, se organizada a partir de uma base federativa, seguirá um curso específico para viabilizar a efetivação dos requisitos federativos.

Para além dos arranjos territoriais e intergovernamentais, cada federação é resultante de caminhos históricos próprios e de variados atributos económicos e sócio-culturais que conformam uma nação. O que está na base da estruturação e manutenção de um pacto federativo é sempre a regulamentação de compromissos e propósitos mútuos, sem a perda relativa dos diferentes espaços territoriais e identidades culturais particulares.

Para Abrúcio (1993), os princípios federativos ainda estão longe de ser implementados entre nós, seja por nossa herança assentada na crença de que o poder político deriva do centro (idéia contraposta por um regionalismo e um localismo ambíguos), seja pelo padrão atual de relação intergovernamental, centrada não na subsidiariedade, mas antes na disputa por recursos e poder político. Na visão deste autor, vivemos, neste século, ciclos de forte centralização alternados com outros mais descentralizadores.

Mas ainda que o poder local hoje se invista de uma relevância inegável, muitos autores têm chamado atenção para a importância estratégica do poder central em estados federativos na promoção, por exemplo, de medidas regulatórias e corretoras das distorções interregionais.

Ao problematizar o processo de implementação desse modelo descentralizado a partir da década de 90, Arretche (1999) conclui que é expressiva a variação do grau de descentralização entre as unidades da federação e entre as diferentes áreas de ação governamental. No entanto, apesar de avançar a diferentes velocidades, é inegável que há um processo de redefinição de atribuições e competências que modificará radicalmente o padrão centralizado de produção de políticas, especialmente nas áreas sociais.

Na concepção da autora, o estado federativo brasileiro atual, estados e municípios passaram a ser, de fato, politicamente autônomos. Isto implica que os governos interessados em transferir atribuições de gestão de políticas públicas devem implementar *estratégias bem-sucedidas de indução para obter a adesão dos governos locais*. Em um quadro marcado por expressivas desigualdades econômico-sociais, certamente têm peso os atributos estruturais das unidades locais de governo, tais como a capacidade fiscal e administrativa e a cultura cívica local. Mas embora relevantes, tais fatores podem ser em parte compensados em face da ação política deliberada do nível mais central de implementar estratégias eficientemente desenhadas para delegar ao nível local a responsabilidade pela gestão de uma dada política, de modo que as administrações locais avaliem positivamente os ganhos a serem obtidos por assumir as atribuições de gestão.

Neste sentido, mantém-se o papel estratégico de que se investe o nível federal na execução de medidas normatizadoras e indutoras da ação do nível local na implementação de políticas descentralizadas, sem incorrer nos abusos do passado, quando o insulamento de grupos vinculados ao nível federal fizeram do poder excessivo da União fator de controle político dos níveis subnacionais.

Reconhece-se que com o resgate das bases federativas do país, o governo central já não dispõe dos mecanismos de alinhamento dos governos locais por meio de constrangimentos impostos pela centralização fiscal que vigoravam durante o período autoritário. Em que pesem as prerrogativas constitucionais, a divisão de responsabilidades e atribuições entre níveis de governo, hoje, está imersa nos conflitos resultantes da barganha federativa e da competitividade eleitoral democrática.

Com efeito, se os municípios brasileiros desfrutam de maior autonomia política, outras questões limitam essa mesma autonomia. O que está em jogo hoje é a capacidade da esfera municipal gerir de forma eficiente as políticas públicas locais. Nesse sentido, *a autonomia local varia na proporção da capacidade do governo local formular e incumbir-se de políticas públicas sob a sua competência* (King e Pierre ,1990).

Porém, o efetivo exercício dessas novas competências está permeado por atributos locais de natureza variada que vão desde *a capacidade econômica, grau de desenvolvimento urbano, perfil de distribuição da renda, localização geográfica, competência técnica, capacidade de governança, capital cívico, entre outros fatores.*

Os estudos realizados sobre o problema têm enfatizado o sentido incremental desta capacidade de gestão. Não se trata de conceber o estágio atual como ponto de partida, a partir do qual se caminharia gradualmente para uma gestão ótima, democrática e eficaz. O que se põe em relevo é que vem se construindo no país uma trajetória particular e cumulativa de descentralização efetiva, que se processa em meio a um contexto onde se redefinem competências e responsabilidades no nível legal, as quais são incorporadas diversamente pelas diferentes estruturas locais e pelos atores sociais aí atuantes, contribuindo para o amadurecimento do próprio processo em si.

Internamente, os sistemas políticos subnacionais (municipais e estaduais) estruturam-se a partir da conjunção dos poderes políticos Executivo e Legislativo. Andrade (1998), tomando como objeto de estudo a análise do comportamento das casas legislativas municipais no país, demonstra que *a estratégia básica dos seus membros é o governismo, isto é, apoiar o governo nas suas iniciativas de produção de políticas nas mais variadas áreas em troca da transferência de recursos sob controle do Executivo para suas bases eleitorais.* Assim, os chefes do Executivo, de forma geral, governam

diante de uma frágil oposição e sem a fiscalização dos outros Poderes, apesar das maiores atribuições constitucionais prescritas pela Constituição para o Parlamento e para o Poder Judiciário.

Com efeito, os parâmetros institucionais da ação parlamentar no nível local, que constituem o *opportunity set*, têm sido: eleições competitivas onde os políticos operam visando basicamente a reeleição, restrições partidárias muito tênues (a infidelidade não é onerosa), baixo controle por parte do eleitorado sobre os seus representantes, grande latitude decisória do Executivo na execução orçamentária (Andrade, 1998:19). Neste contexto, os parlamentares abstêm-se sistematicamente de seus poderes de veto, obstrução e controle e o governo, por seu lado, distribui cargos na administração a pessoas indicadas pelos partidos e políticos influentes. Essa sistemática de ação do Legislativo restringe severamente a eficácia dos dispositivos de *checks and balances* previstos como mediadores das relações entre Poderes em um sistema democrático.

À luz desta necessária incursão sobre a natureza do poder local, suas virtualidade atuais e como se coloca como instância política no país, interessa-nos pôr em foco especificamente a relação entre o poder local e as políticas sociais, em especial a política de saúde. *Pari passu* ao já mencionado reforço generalizado da gestão política no próprio espaço local, no campo específico da política social, está em andamento um processo que aponta francamente para a ampliação da capacidade decisória do governo e da sociedade locais. Nossa hipótese é que para se compreender tal processo é preciso lançar luz sobre como o espaço local vem, em meio a transformações fundantes de caráter global e, no nosso caso também nacional, desempenhando este novo papel que lhe é atribuído.

I.4 - Inovações na Gestão Local

Em que pese a real tradição centralista brasileira que atravessa toda a nossa história (como já analisamos anteriormente), alguns municípios vêm implementando políticas locais de cunho inovador visando fazer face à aguda problemática social no Brasil e que por isso ganham visibilidade na literatura que focaliza o tema (*Boschi, 1999; Lesbaupin, 2000; Souza, 1999; Castro, 1987; Jacobi, 2002, entre outros,*).

Lesbaupin (2000) mostra que alguns governos municipais no Brasil têm obtido sucesso no enfrentamento dos índices de pobreza e de desigualdade no acesso a equipamentos sociais ao decidirem desprivatizar o poder público e democratizar o poder decisório.

Embora não haja solução para o problema apenas no nível local, à medida em que os grandes determinantes da pobreza e da desigualdade são fundamentalmente afetados por decisões políticas e econômicas de âmbito mais amplo, o autor argumenta que experiências urbanas têm demonstrado que a ação do governo municipal aliada a uma sociedade local ativa são capazes de contribuir e muito para a melhoria das condições de vida da população.

No Brasil, as experiências inovadoras em termos de gestão urbana têm sua origem na segunda metade dos anos 70, ainda durante a ditadura militar. Ainda que no campo das exceções, experiências como as de Lajes (SC), Boa Esperança (ES) e Piracicaba (SP), entre outras, vão servir de inspiração para um conjunto de experiências que se desenvolverão a partir da segunda metade dos anos 80 (*Alves, 1984; Daniel, 1994; Castro, 1987*).

Alguns aspectos se observam comuns a estas experiências pioneiras: a participação popular não apenas na execução (nos mutirões, por exemplo) mas também no processo decisório; a capacidade de recuperação ou desenvolvimento econômico dos municípios; os resultados sociais em termos de saúde, educação, moradia; a ruptura com a cultura política tradicional de dependência em relação aos governos federal e estadual e de clientelismo.

Um novo ciclo de democracia urbana ocorre no país a partir dos anos 80 com a retomada das eleições para as capitais em 1985. A oposição vence as eleições em algumas cidades e passa a intervir nas políticas públicas no plano local. Neste novo ciclo, cidades como Diadema (SP) e Icapuí (CE) se destacam.

Dentre as capitais, Recife (PE) e Curitiba (PR) são localidades que lograram executar, de forma consistente, propostas que viriam em larga medida orientar um novo padrão de gestão nas administrações locais. A primeira se destacou por programas de alta densidade de participação popular e a segunda por combinar o elevado padrão de planejamento já existente na cidade com programas de repercussão social.

Na visão de Soares e Gondim, as experiências que obtiveram êxito mostram sinais evidentes de uma tendência descentralizadora que valoriza os espaços locais como espaços de poder, embora não seja esta a tradição brasileira. Para que tais avanços se convertam em realidades consolidadas de gestão urbana, há que se avançar na construção de um “*espaço ampliado de poder local*”, cujas premissas são participação ativa dos cidadãos, uma cooperação social intensa e a integração das políticas sociais urbanas (1998 :56).

Estas experiências corroboram um ponto posto em relevo na literatura que chama atenção para o fato de que a descentralização que se limita apenas a uma

redistribuição de poder entre as esferas de governo não logram atingir os objetivos postos como alvos essenciais da descentralização que é a redistribuição do poder entre governo local e sociedade local .

Prateceille argumenta que uma das maiores limitações inscritas nas mudanças (descentralizadoras) realizadas na França decorre do fato de elas apenas operarem uma redistribuição de poder entre os níveis estatais, sem que necessariamente ocorresse uma democratização das instituições locais.

Uma das grandes indagações que permeiam o debate sobre a gestão municipal hoje reside no questionamento sobre que elementos estariam na base das experiências exitosas de gestão, cujos termos são sintetizados por Soares e Gondim (1998 : 70):

- visão estratégica da atuação do governo em termos políticos, administrativos e econômicos;
- redefinição das funções do Executivo municipal, de forma a priorizar o interesse público;
- reconhecimento da importância de uma imagem favorável da cidade e da administração;
- uma nova concepção de democracia, que enfatiza, real e simbolicamente, a descentralização, a participação popular e as parcerias do poder público com diferentes agentes sociais.

Para que prevaleça os requisitos acima que conjugam na gestão urbana transparência na formulação e eficácia na implementação de políticas, não existe, na visão de Bochi (1999), em teoria política, uma explicação adequada. Ele ressalta que há

um *quantum* de imponderável presente na institucionalização de práticas de boa governança urbana.

A análise de Souza também reforça a existência de lacunas que expliquem satisfatoriamente as razões do sucesso de algumas experiências de gestão urbana. Para ela, mudanças nas relações de poder requerem complexa engenharia política e combinação de condições políticas, sociais e econômicas que a ainda não estão suficientemente claras (2001:85).

Contudo, ainda que não estejam claras as condições que permitem o exercício do “bom governo” no nível local, as análises dos casos dos municípios, onde determinadas gestões têm mostrado a capacidade de “reinventar o governo” em um contexto moldado pelo autoritarismo e por relações tradicionalmente clientelistas, nos dão pistas do que se pode tomar como diferencial nessas experiências em comparação às experiências tradicionais.

Um dos grandes diferenciais destas experiências é uma mudança no curso tradicional da dinâmica decisores / bases sociais. Nos casos em tela, os governos municipais priorizam instrumentos que permitem uma apropriação da cidade pela sociedade local através da incorporação dos principais atores e interesses organizados ao processo decisório municipal. Tal prática tem como norte o alargamento permanente dos espaços deliberativos para evitar a captura dos recursos por lideranças e grupos portadores de maior estoque de poder, em detrimento dos segmentos sociais que por razões sócio-econômicas e culturais não dispõe de meios eficazes para articular seus interesses nos canais institucionalizados de pressão, mas que são, pelas mesmas razões, mais dependentes das políticas públicas.

Aqui se impõe uma indagação sobre em que medida o virtuosismo destas experiências deu-se em função da existência prévia nestas localidades de altos índices de associativismo entre a sociedade local, consciência política e confiança comunitária e que, ao eleger para o executivo municipal representantes dispostos a compartilhar o poder com essa sociedade civil no tocante às decisões sobre a alocação de recursos orçamentários, permitiu a consolidação destas experiências bem-sucedidas de democratização do poder local.

Se isto é verdade, estamos diante da impossibilidade destas experiências deixarem de ser exceção no Brasil e converterem-se em prática mais disseminada, em função do já propalado histórico déficit de engajamento cívico da sociedade brasileira. Ou seja, essas experiências estariam condenadas a continuar representando exceções no exercício do poder no Brasil, confirmando a tese de Putnam (1998) de que a atitude da elite e das massas em uma localidade ou região reforçam-se mutuamente, representando em verdade dois lados de uma mesma moeda.

As análises sobre o desempenho das cidades enfatizam ainda que o "sucesso" da gestão das políticas urbanas e sociais em determinadas localidades tem, em geral, uma correlação entre o sucesso de políticas específicas com uma iniciativa local de elaborar e implementar um Plano Diretor (não como mero instrumento burocrático para atender a prerrogativa legal) para o município trabalhando as diferentes áreas de forma integrada⁷. Ao contrário, quando apenas um campo específico da gestão local tem um bom

⁷ A ênfase aqui recai sobre as administrações que implementaram com êxito o Orçamento Participativo, política prioritária das administrações comandadas pelo Partido do Trabalhadores (PT) e que funciona como mecanismo estruturador da administração. Algumas destas administrações (Porto Alegre é melhor exemplo, mas também Belo Horizonte, Santos, entre outros) lograram êxito em unir descentralização intra-municipal e participação popular na gestão da cidade, sem descuidar da dinamização de investimentos e projetos voltados para o desenvolvimento da economia local.

desempenho, sua continuidade, sustentabilidade e evolução acabam prejudicadas pelo conjunto do processo de decisões e ações implementadas.

Ganha relevância neste contexto a adoção de políticas regulatórias de caráter mais abrangentes na gestão municipal (Bochi, 1999)⁸, que configuram arranjos macroinstitucionais pactuados entre os atores públicos e privados e que funcionam como uma moldura dentro da qual irão se processar as intervenções de caráter mais desagregado (setoriais).

Um outro diferencial presente nestas experiências inovadoras diz respeito às ações empreendidas visando aumentar as receitas próprias municipais. Embora seja real que as receitas advindas das transferências federais e estaduais tenham tido um incremento a partir da década de 90, os recursos se revelam insuficientes quando há uma determinação no sentido da ampliação e melhoria efetiva na qualidade dos serviços públicos.

Some-se a isso o fato de que boa parte dos repasses oriundos das transferências (as quais têm inegavelmente permitido aos municípios maior acesso a recursos) tenha destino pré-definido. Além do que, *pari passu* ao aumento de recursos que cabe aos municípios, também houve um aumento considerável dos encargos municipais, fazendo com que houvesse uma elevação dos gastos, agravada pelo desmonte da máquina administrativa federal e também dos estados em função da crise financeira (Bremaeker, 1997).⁹

⁸ Bochi ressalta ainda a importância de se desenvolver na gestão local uma “cultura do planejamento” como instrumento para uma distribuição mais adequada e mais justa de recursos entre as várias regiões da cidade. A Adoção de tal prática com maior ou menor consistência nos casos em que o autor analisou (Cidades de Belo Horizonte e Salvador) revelou-se central para que a administração local distribuisse recursos à luz de critérios mais refinados onde jogam papel central o fortalecimento político das instâncias gestoras descentralizadas – as administrações regionais - como instância do governo local mais próxima e mais sensível às demandas sociais.

⁹ As finanças municipais também são afetadas pelo problema da corrupção. O órgão oficial do Governo federal, responsável por fiscalizar uso dos recursos públicos - Controladoria Geral da União (CGU) – vem

Diante deste quadro, é parte do receituário posto em prática pelas experiências inovadoras, os governos investirem na obtenção de recursos através de uma política deliberada de ampliação da arrecadação municipal.

Observamos uma nítida ênfase da literatura nas experiências de gestão urbana positivas. Alguns autores criticam esta predominância já que o contexto geral é constituído de uma esmagadora maioria de municípios fracos, onde casos de boa governança são exceções (Andrade,1996; Arrechte,1998). Esta produção estaria então negligenciando o que ocorre na maior parte do país. Por outro lado, a nosso juízo, a visibilidade dada a estes casos permite vislumbrar possibilidades frente a uma história de extrema fragilidade e inoperância imputada ao nível local no Brasil, com pouca tradição de inovação política, de capacidade de atração de investimentos produtivos e de arrecadação de impostos. Tais iniciativas são, nos dias atuais, quase obrigatórias para os governantes locais, visando garantir a governabilidade das cidades, já que o governo central encontra-se enfraquecido do ponto de vista financeiro.

Há ainda que se considerar o efeito multiplicador das experiências positivas nos municípios do entorno e mesmo de outras regiões. O argumento corrente sustenta que se pode afirmar com grande segurança que nos últimos anos o padrão administrativo das gestões mudancistas terminou influenciando no comportamento de boa parte das administrações dos grandes centros urbanos do país (Bava, 1998), reforçando a

encontrando inúmeras irregularidades no uso dos recursos repassados pela União aos Municípios. A amostra de municípios cujas contas foram analisadas por aquele órgão mostra que em um universo de 106 prefeituras visitadas (amostra aleatória) por auditores da CGU no ano de 2003, apenas 6 estavam com as contas corretas. 38 haviam cometido falhas apenas formais (como o preenchimento incorreto de formulário) e em 106 prefeituras (cerca de 70% do total) detectou-se algum tipo de irregularidade (Revista Veja, 28 de abril de 2004). Na tentativa de aumentar o controle sobre os recursos repassados pela União aos municípios, o governo federal lançou em dezembro de 2004 uma cartilha de combate ao desvio de verbas, intitulada “Olho vivo no dinheiro público”, na qual estimula a população a fiscalizar as prefeituras e apresenta a legislação que obriga os municípios a prestarem conta.

Relevância do nível local como esfera capaz de responder a demandas sociais substantivas.

A nosso ver, a questão que se impõe é saber se, embora as experiências bem-sucedidas tenham se edificado em cima de determinados pré-requisitos que, em certo sentido, as tornaram possíveis, o debate ensejado pelos êxitos destas experiências tem sido capaz de se impor e, ainda que parcialmente, influenciar a agenda política brasileira no tocante à gestão urbana e assim projetar um futuro onde possa se reproduzir, sob diferentes condições, o bom exercício das funções públicas no nível municipal.

CAPÍTULO II - Políticas Sociais: a agenda recente

- **II.1** - A Nova Institucionalidade das Políticas Sociais
- **II.2** - Problematizando a Implementação dos Programas Sociais: Múltiplos Atores Redesenhando as Políticas
- **II.3** - Os Novos Arranjos Institucionais no Campo da Saúde nos Anos 90 e o Processo de Descentralização

II.1 - A Nova Institucionalidade das Políticas Sociais

No que concerne ao campo das políticas sociais também não são, como sabemos, pequenas as transformações que se operam nas últimas décadas.

Passa-se de um consenso em torno da ampla intervenção do Estado na questão social, associado à expansão e universalização dos direitos sociais que acompanharam a constituição do *Welfare State* nos países capitalistas industrializados, a uma perda de eficácia prática e discursiva deste Estado protetor, que tende a ser substituído (ou modificado substancialmente) em função da vigência de novos modos de regulação centrados na desregulamentação, na flexibilização e na privatização, mecanismos inerentes ao processo de globalização econômica em curso.

Assistimos assim, a partir dos anos 1980, às restrições impostas pela conjuntura internacional que obriga os Estados a um enxugamento intenso dos gastos, notadamente dos gastos sociais. Os países, para enfrentar a crise e manter suas economias competitivas no mercado globalizado, implementam políticas rígidas de estabilização econômica, de ajuste fiscal e de enfrentamento das dívidas externa e pública, mecanismos que têm fortes repercussões negativas sobre a extensão e o alcance das políticas sociais.

A literatura vem mostrando o quanto tais processos, virtualmente externos ao campo da proteção social e afetos diretamente ao campo macroeconômico, vêm reformulando radicalmente visões e decisões no campo das políticas sociais.

Reconhece-se que a crise e a transformação econômica atual vêm solapando as bases de financiamento dos gastos sociais, seja pela diminuição das receitas e

contribuições sociais, dada pela redução da atividade econômica, seja pelas pressões advindas do desemprego crescente e da aceleração inflacionária (Draibe, 1988).

No que concerne às contribuições, o cerne do problema localiza-se no fato consoante com as transformações tecnológicas e organizacionais em andamento, quando cada vez menos a estrutura produtiva emprega nos moldes formais que se tornaram comuns no período de vigência do modelo *keynesiano*, conseqüência do processo de desindustrialização que ocorre em escala mundial. As alternativas de trabalho atuais são crescentemente desregulamentadas e informais.¹⁰

Antunes (2003) argumenta que este processo de desindustrialização atinge também, ainda que de modo diferenciado, países de industrialização intermediária (na qual se enquadram o Brasil, o México, a Argentina, entre outros da América Latina). Após décadas de expansão de seu proletariado industrial, tais países passaram a presenciar significativos processos de desindustrialização, que redundam na expansão do trabalho precarizado, parcial, temporário, terceirizado, informal etc, além de elevados níveis de desemprego.

O impacto destas mudanças sobre o financiamento das políticas sociais é óbvio. Frente a essa soma de precarização do trabalho com aumento do desemprego, convive-se com uma dinâmica em que mais desempregados passam a receber benefícios, ao mesmo tempo em que menos pessoas pagam impostos e contribuição de seguros sociais, gerando *déficit* fiscal crescente.

¹⁰Com a retração do binômio taylorismo / fordismo, vem ocorrendo nas últimas décadas uma redução do proletariado industrial, fabril, tradicional, estável e especializado, herdeiro da era da indústria verticalizada de tipo taylorista e fordista. O processo de reestruturação produtiva vem dando lugar a formas mais desregulamentadas de trabalho reduzindo o contingente de trabalhadores estáveis que se estruturavam através de empregos formais. Cresce, em escala mundial, outras formas de trabalho precarizado _ os terceirizados, sub-contratados, part-time, além do crescimento significativo dos desempregados (Chesnais, 2000; Castel, 1998).

Tal quadro é agravado pelos custos das políticas de treinamento visando a reinserção no mundo trabalho para aqueles cujas funções desapareceram ou se transformaram em função da revolução tecnológica. Essa mutação radical no mercado de trabalho tem feito com que os governos (mais os do Norte do que os do Sul) venham a despender esforços no sentido de instituir programas de reinserção profissional, onerando ainda mais o já combalido orçamento estatal.

Além do decréscimo da arrecadação e aumento dos gastos com os programas de reinserção laboral, outros fatores presentes na cena contemporânea contribuem para o agravamento da equação receita/despesas governamentais. Também o aumento dos níveis de pobreza e as mudanças demográficas, com a alteração da composição etária da população (crescente envelhecimento), modificam o perfil e aumentam a magnitude do gasto social, ou seja, mais pessoas dependentes, resultando em um processo que está sustentado em um padrão de gastos crescentes, de um lado, e diminuição da receita disponível por outro.

A fragilidade da inserção profissional (intermitência no emprego, subemprego, informalidade) vai produzir acúmulos de deficiências gerando uma ruptura dos laços sociais e um incremento da pobreza (Castel, 1998). Assim, se nos países avançados se descobre a pobreza em camadas da população antes integradas mas que são vítimas da conjuntura econômica e da crise do emprego, nos países emergentes vê-se o recrudescimento dos níveis de empobrecimento e exclusão já historicamente existentes e que nos dias atuais assumem caráter dramático. Com a desintegração da promessa integradora (Gentili, 1998) em função das restrições impostas pelo modelo econômico, crescem os grupos submetidos à pobreza e à indigência e se recrudescem a violência criminal, dando lugar a episódios de intolerância e mesmo extermínio, chacinas,

massacres vivenciados pelas populações pobres, especialmente nas áreas metropolitanas dos países em desenvolvimento.

Nestes países, entre os quais se inclui o Brasil, o quadro atual torna mais complexa a tarefa de dar resposta efetivas à problemática social, já que se trata, na análise de Vianna (1998), de um sistema de proteção social que além de incipiente, do ponto de vista da capacidade de proteger os cidadãos, é imaturo quanto à consolidação institucional.

Em um contexto em que a redução de custos passa a ser um item essencial no tocante às decisões no campo das políticas públicas, o que se verifica são programas sociais focalizados, seletivos e cada vez menos universais.

Assim, a literatura atual no campo das políticas sociais vem buscando explicar de que forma o padrão atual de desenvolvimento afeta o padrão recorrente na área social, já que este modelo de desenvolvimento que se instaura abala fortemente o núcleo onde tais políticas se estruturam: o Estado.

Este modelo não prioriza, como as evidências mostram, a intervenção estatal como única forma de responder às desigualdades sociais.

Mas parte dos analistas também tem posto acento na armadilha de se constatar *a priori* uma causalidade automática entre globalização da economia e mudanças drásticas no curso dos sistemas de proteção social, cujo epicentro seria a sua perda de viabilidade e eficácia social e, portanto, a impossibilidade de sua continuidade na economia globalizada.

Nos países centrais, malgrado a crise e as fortes pressões a que estão sujeitos os estados de Bem-estar Social, grosso modo, podemos dizer que eles continuam a desenvolver e a se adaptar aos tempos modernos, continuam a selecionar problemas

sociais, adotar estratégias, em conformidade com sua herança político-cultural e institucional.

É preciso considerar que outros fatores de natureza política foram essenciais na constituição e na expansão dos *Welfare State* a partir da década de 50, e as evidências têm demonstrado que fatores políticos, articulados aos fatores econômicos, têm peso decisivo no processo de reforma dos sistemas de bem-estar. Tais fatores permitem que países, submetidos às atuais condições econômicas, dêem respostas diversificadas em uma conjuntura cujo sentido seria, no limite, o esfacelamento do Estado de Bem-estar.

Em verdade, as análises realizadas a partir da década de 90 não vêm encontrando indícios que comprovem tal desmonte. Embora reformas estejam em curso nas diversas áreas que compõe a proteção estatal (Mérrien, 1994).

A direção dada às reformas em curso são resultantes de complexos enfrentamentos entre as forças políticas pró e contra o Estado de Bem-Estar em cada nação. Ou seja, a maior ou menor sustentabilidade do *Welfare State* depende da capacidade de organização política dos atores que lhe dão sustentação.

O fato é que a área social continua sendo uma área de extrema relevância e continua no centro do debate político dos diferentes países, seja daqueles em que a sociedade reivindica a manutenção dos direitos sociais consubstanciados através dos programas sociais, seja daqueles em que a dívida social ou a manutenção de indicadores sociais deficientes revelam acesso deficitário aos bens sociais básicos.

Quanto aos países periféricos, como os da América Latina, sabe-se que estes se inserem em condições ainda piores no processo de globalização econômico-financeira e têm perdas ainda maiores em termos de autonomia política, com forte impacto negativo sobre as políticas sociais (Vianna, 2000).

Nestes países, se somam aos problemas sociais engendrados pela intensificação do processo de globalização e pela revolução tecnológica, as velhas iniquidades historicamente acumuladas.

As empresas e o Estado procuram se adaptar à nova realidade histórica, cuja consequência social é o aumento do desemprego, a transformação da relação salarial, a flexibilização das relações de trabalho e a perda dos direitos trabalhistas causando insegurança (Kameyama, 1997).

Grande parte da população continua em situação de exclusão, com aumento significativo da pobreza na região.¹¹

A sujeição do Estado às forças de mercado leva-o à paralisia no que se refere a medidas para o crescimento e à insuficiência na implementação de políticas sociais básicas.

No Brasil, as pressões geradas pela instabilidade econômica, os sucessivos programas de estabilização e o ajustamento fiscal impõem-se *vi-à-vis* o momento em que as políticas sociais ganham, no contexto da democratização do país, lugar de centralidade para o atendimento à demanda por redução das desigualdades e afirmação dos direitos sociais, lemas consubstanciados na extensão de cobertura dos programas e efetivação do universalismo propugnados no texto constitucional de 1988.

Assim, na visão de Draibe (1998), é no campo de forças criado por esses contraditórios vetores que se processa a agenda de reformas sociais nos últimos anos. Ou seja, o conservador sistema brasileiro de proteção social avançou para os anos 90 sob o duplo impacto da democratização e da crise econômica.

¹¹ Tavares (2000) mostra que a maioria dos países latino-americanos sofrem retrocesso pronunciado em matéria de equidade durante a crise dos anos 80 e os posteriores processos de ajuste estrutural, de modo que no início dos anos 90 sua distribuição de renda estava mais concentrada que no final dos anos 70, revelando franco processo de retrocesso social. Segundo a autora, a renda dos 10% mais ricos supera em cerca de dez vezes a dos 40% mais pobres a partir do início dos anos 90.

Para a autora, ainda que a agenda da transição democrática tenha conferido inegável centralidade à questão social, o reformismo social foi menos exitoso no plano da implementação, enfrentando movimentos e sinais contraditórios emanados tanto das restrições econômicas quanto das distorções corporativas dos interesses organizados, mantendo as iniquidades historicamente inerentes ao perfil do gasto social entre nós.

O que se verifica é uma parcialidade ou insuficiência das reformas previstas, contexto em que as metas de elevação da igualdade e da equidade têm sido tensamente contrariadas pela dinâmica da sua relação com os mecanismos inerentes ao sistema político brasileiro – o populismo, o clientelismo, o patrimonialismo – mecanismos de longa data entrelaçados ao padrão conservador de bem-estar social que exatamente se propunha a superar.

Todavia, ainda que o cenário geral mostre saldos modestos, os mais palpáveis resultados positivos deste ciclo de mudanças reside no plano institucional, ou seja, o período recente tem sido rico em experimentação, alterações e inovações institucionais nas diferentes áreas de política social indicando novos e inéditos perfis de política que criativamente vêm sendo construídos, concentrados em três vertentes: o aumento da *participação* que tende a acompanhar os programas inovadores; a experimentação de *parcerias* entre o setor público e o setor privado, principalmente sob a forma de ONG's e a *descentralização* da prestação de serviços sociais (Draibe, 1998).

Tais vertentes presentes no movimento de reforma social brasileiro na verdade são recorrentes aos diferentes processos de reforma em curso e que têm sido reinterpretados no transcurso da implantação das reformas nos diferentes países.

No que se refere à tendência de se constituir sistemas de proteção social com traços mais descentralizados, tema que aqui nos interessa examinar, podemos afirmar

que uma das estratégias recorrentes adotadas, entre os vários países que desde a metade do século XX estruturaram amplos leques de políticas de proteção social, é a tendência a uma maior aproximação entre demandantes de serviços e gestão, colocando o espaço regional e local no centro deste movimento (Mérrien, 2000).¹²

No Brasil, o escopo do processo de descentralização na área social está fortemente condicionado pelo legado histórico ou pelas políticas prévias (Arreche, 1998) implementadas nos diversas áreas sociais setoriais. É consenso entre os autores que o legado centralizador se explicita em sua dimensão mais acabada nas políticas sociais (Almeida, 1996). É no terreno da redefinição de competências entre esferas de governo na promoção de políticas e programas sociais que se colocam com nitidez os dilemas envolvidos no redesenho do pacto federativo entre nós. Tais dilemas se colocam na medida em que desde suas origens no pós-30, a intervenção governamental na esfera social tem sido realizada em meio à centralização política e à concentração de poder decisório no Executivo federal.

Mais do que isso, é no contexto autoritário e centralizador dos anos 60/70 que se molda o perfil da política social no Brasil em seu sentido amplo, à medida em que até então a intervenção do Estado na questão social no Brasil teve um caráter fragmentado e com baixo índice de cobertura e aportes financeiros frágeis. Assim, para Draibe (1999),

¹² Uma das principais críticas feitas ao modelo de proteção social institucionalizado através do *Welfare State* está o seu caráter excessivamente centralizador, conformando um agenda pós-*welfare* que impõe revisões profundas na forma clássica do sistema operar, ganha visibilidade um questionamento profundo sobre a forma como os sistemas de serviços vinham sendo organizados e desempenhavam suas funções. Sinteticamente, segundo Almeida (1999), dois eixos fundamentais têm orientado as perspectivas reformistas setoriais: a contenção de custos, traduzida na busca de maior eficiência; e a reestruturação do *mix* público/privado, a partir da descentralização de atividades e responsabilidades (operacionais e de financiamento), tanto para os níveis subnacionais de governo quanto para o setor privado (Almeida, 1999). Tais eixos têm sido reinterpretados no transcurso da implantação das reformas nos diferentes países.

é no pós-64 que se constitui no Brasil um sistema de proteção social no seu sentido pleno.

Nesta perspectiva, o sistema de proteção social brasileiro foi moldado por um Estado com características unitárias, conformando um quadro onde o planejamento local consistia em formular projetos de solicitação de recursos para o governo federal, nos termos previstos pela agência federal encarregada da gestão de dada política social.

Neste contexto centralizado, a implementação das políticas de corte social teve freqüentemente o nível local como co-participante, mas sua inserção esteve restrita à condição de nível executor. O que muda nas circunstâncias atuais é o aumento da competência dos espaços locais na definição e gestão destas políticas, complexificando o processo de implementação, agora dotado de uma cadeia decisória mais complexa e múltipla.

Os estudos sobre a implementação descentralizada de políticas sociais vêm exigindo um refinamento das perspectivas de análise, sobretudo no que se refere à compreensão das interveniências do poder local nos rumos do ciclo de vida de tais políticas.

A nosso ver, em meio a análises genéricas (e necessárias) sobre a dinâmica atual das políticas sociais e seu óbvio imbricamento com as estruturas histórico-sociais e políticas nas quais elas se engendram, há algumas considerações que devem ser levadas em conta no que tange a variáveis que são de grande relevância *no contexto da implementação concreta dos programas sociais* e que merecem aqui destaque já que o que nos importa é compreender o sentido que a área social assume no contexto da sua operacionalização, ou seja, como os governos locais vêm dando forma e concretude à proteção social (ou, que contornos está assumindo a proteção social no contexto local).

Tal formato, em que pese os constrangimentos de caráter mais amplo dados pela conjuntura presente, dá lugar à diversidade de experiências expressas nas agendas políticas locais no que tange à área social.

Daí a necessidade de pôr em foco as questões afetas ao processo de implementação que, tomado como um momento crucial do ciclo de vida das políticas sociais, hoje encontra-se imbricado na arena política municipal, na qual se expressam acordos, alianças e disputas de distintos interesses políticos e forças sociais que moldam este território político local.

II.2 - Problematizando a implementação dos programas sociais: *Múltiplos Atores Redesenhando as Políticas*

A literatura atual vem pondo acento na visão de que a implementação constitui um elo fundamental do circuito de produção de políticas e programas sociais.

A partir dos anos 1970, verifica-se um consenso de que os estudos sobre implementação de políticas são incrementados em razão da constatação de que as mudanças levadas a cabo pelos governos não eram, em geral, bem sucedidas. Com base nestas constatações, os reveses observados no processo de produção de políticas públicas têm sido creditados às chamadas “**brechas na implementação**” (Labra, 2003). Tais questões colocam a implementação como momento chave para a ação governamental.

Entretanto, Silva et al. (1999) afirmam que uma análise mais acurada permite perceber que esta visão acerca da implementação como ponto crítico do ciclo de vida da política é inadequada à análise do processo de formulação e implementação de políticas.

Demonstram, assim, que contribuições recentes sobre a questão da formulação e implementação de políticas públicas enfatizam elementos que são desconsiderados na visão tradicional deste mesmo processo. Assim, a perspectiva tradicional supõe que o problema da baixa eficácia da intervenção estatal está ancorado exatamente nas disjunções que ocorrem no momento da implementação. Aqui, formulação e implementação são vistas como fases desconectadas, onde se pressupõe que a formulação é sempre adequada, o que não permite balizar as condicionalidades a que está submetida.

Os autores mencionados elencam alguns pontos desconsiderados por esta visão e que são, do nosso ponto de vista, fundamentais para repensar o processo de formulação de políticas e programas:

- ◆ os formuladores de política se vêem, em geral, diante de grandes dificuldades que dizem respeito às limitações do conhecimento disponível sobre o fenômeno em estudo, além dos problemas de tempo e recursos;
- ◆ os formuladores não podem controlar o ambiente político futuro;
- ◆ nos planos e programas formulados há grande espaço para decisões dos implementadores, fato que é classicamente entendido como problemático, mas que as contribuições atuais preferem avaliar como espaço possível de inovação;
- ◆ nos programas e políticas estão expressas as preferências e visões de mundo, individuais ou coletivas, dos formuladores, e que nem sempre se conectam às expectativas dos implementadores e da coletividade. Neste caso, as interferências políticas são vistas como negativas porque descaracterizam a racionalidade técnica dos programas (Silva et al., 1999: 56).

Acompanhando ainda o pensamento destes autores, verifica-se que estas contribuições procuram fazer uma revisão da concepção da formulação enquanto um momento racional e anterior à implementação. Considera-se que na fase de implementação, decisões altamente relevantes são tomadas e não apenas executadas, o que configura um **processo de aprendizado** de extrema relevância. Assim, a implementação é um processo gerador de informação para a formulação e, ao mesmo tempo, criador de novas políticas, traduzindo-se, muitas das vezes, em experiências inovadoras que, no limite, podem reverter a própria política.

Nesta visão, o ciclo de vida da política não é entendido de forma linear e nem possui ponto de partida definido, mas demonstra a combinação de fatores complexos, de ações e decisões que envolvem governantes, *stakeholders* e inúmeros desafios relativos à sustentação política dos programas, coordenação interinstitucional e capacidade de recursos (Silva et al., 1999:7).

Com base nisso, os autores mencionados assinalam que a discussão mais atual sobre implementação de políticas públicas se reveste de uma dimensão política que deve ser considerada, principalmente nos Estados democráticos e descentralizados, onde, conforme vimos, os municípios são dotados de importante gradiente de autonomia e poder decisório. Essa assertiva se revela chave para nossa análise, pois implica considerar diversas variáveis presentes no nível local que interferem na implementação da política. Neste contexto, apresenta-se um quadro extremamente complexo, sobretudo ao considerarmos a heterogeneidade que marca o processo descentralizador e as profundas desigualdades que caracterizam as experiências em curso. Por outro lado, o acúmulo dos estudos empíricos sobre o processo de descentralização das políticas sociais nos últimos dez anos nos permite avançar nas proposições teóricas que

contribuem para conformar um quadro analítico capaz de explicar algumas das variáveis que interferem nas condições de implementação da política no nível local.

II.3 – Política de saúde: novos arranjos institucionais a partir dos anos 90 e o processo de descentralização

No caso da política de saúde em particular, a discussão em torno da descentralização adquire visibilidade política a partir de meados da década de 80, no contexto da redemocratização do país. Nesta conjuntura, também marcada pelo aprofundamento da crise econômica e da crise do Estado, ganha amplitude o debate sobre os efeitos perversos da política de saúde consolidada no Brasil, marcada por seu caráter centralizado, oneroso, burocratizado, acentuadamente privatizado e pouco redistributivo. A descentralização, assim, assume um caráter altamente positivo, constituindo-se, ao lado da universalização e da participação popular, um dos pilares básicos da reforma do setor saúde.

Com efeito, na segunda metade dos anos 80, é recorrente a perspectiva da descentralização como um instrumento adequado para o uso e distribuição mais eficiente dos orçamentos públicos, ao mesmo tempo em que os objetivos da descentralização são identificados com a democratização do Estado e com a promoção de maior justiça social, através de políticas sociais mais eficientes. Assim, pelo viés da política social, a descentralização foi reafirmada como meio de reduzir as desigualdades sociais e promover a equidade no acesso aos serviços sociais. As proposições de universalização ganham destaque e constituem-se no carro-chefe das mudanças do sistema de proteção social brasileiro.

Cabe ressaltar que tais proposições coincidem com o conteúdo positivo e fomentador de maiores níveis de democracia atribuídos à simples transferência de poder aos níveis mais locais de governo. Este dispositivo, como já problematizamos no momento anterior, não tem demonstrado uma relação tão direta e simples, mas mantém uma interdependência profunda com outros requisitos.

Hoje estão em curso substantivas inovações que têm como marco não só o cenário da reforma do Estado, a redução de suas funções e o controle do gasto público, como também fatores internos, potencializados pela dinâmica do setor saúde e decorrentes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O aprofundamento da descentralização em direção à municipalização da saúde, particularmente intenso a partir de 1996, potencializa inúmeras inovações no tocante ao incremento da eficácia e eficiência da gestão do sistema, e à alocação de recursos, produzindo impactos diversificados seja nas condições de acesso aos diversos níveis de atenção, seja no desenho de novas modalidades de interseção entre público e privado, seja ainda no padrão de relacionamento Estado/sociedade e no incremento de mecanismos de controle social, reformulando a face do modelo de atenção em saúde como um todo.

Podemos dizer que a dinâmica do processo de descentralização assume um sentido de municipalização radical, onde a esfera municipal de governo passa a assumir as funções de coordenação e gestão da política de saúde em seu território. A competência para formular e gerir a política de assistência à saúde historicamente esteve vinculada à esfera federal. Assim, hoje, os municípios se vêem diante da tarefa de gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente.

No plano legal, o processo de reforma da saúde foi regulamentado pela lei 8.080 de 19/09/90 e pela lei complementar 8.142, de 22/12/90, que tratam das normas gerais

de funcionamento do SUS, especialmente sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

Somente três anos após a lei orgânica é que os critérios para o repasse dos recursos do governo federal para os estados e municípios tornaram-se efetivos e sistemáticos. Isso se concretizou, através da Norma Operacional Básica do SUS 1/93. Esta NOB entrou em vigor a partir de 1994, estabelecendo responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local (estados e municípios) do SUS, sob três modalidades: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena.

A condição semiplena deu aos municípios enquadrados nessa modalidade de gestão a efetiva governabilidade sobre os recursos e a administração da política de saúde. Nesse tipo de gestão, diferentemente das outras duas modalidades, o município assume a responsabilidade total sobre a gestão da prestação de serviços, o gerenciamento sobre toda a rede pública (exceto da rede estadual e federal) e o recebimento mensal da totalidade dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatoriais e hospitalares.

Sob a regulamentação da NOB 93, a descentralização caminhou a passos lentos. Até o final de 1997, 57 % dos municípios estavam enquadrados na gestão incipiente ou parcial e 2% na condição de gestão semiplena.

Em 1996, ocorreu uma relativa mudança de curso do processo de descentralização da política de saúde, através da edição de uma nova NOB pelo Ministério da Saúde: a NOB/96, que promoveu o fortalecimento do papel dos estados, imprimindo maior relevância à coordenação regional do SUS. Além disso, constam do texto desta NOB, estratégias para a efetivação de uma reorganização do sistema, a partir

da priorização da atenção básica de saúde. A NOB/96 só passou a vigorar efetivamente a partir de 1998.

Aqui cabe uma observação sobre o fortalecimento da perspectiva da “focalização do SUS” na visão de alguns analistas com a ênfase dada à atenção básica e sua consequência de direcionamento às camadas mais pobres da população, contradizendo o sentido universalista aprovado em 1988.

A NOB/ 96 também altera as modalidades de gestão local do SUS, que passam a ser apenas duas: *plena da atenção básica e plena do sistema de saúde*. Na primeira modalidade, os municípios passam a responder totalmente pela assistência ambulatorial, pelas ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, pela gerência de todas as unidades básicas de saúde existentes na região. Na segunda modalidade, os municípios, além da atenção básica, passam a responder integralmente por todas as ações referentes aos serviços do SUS em sua área de abrangência, inclusive a oferta de procedimentos de média e alta complexidade tecnológica.

A partir de 1998, há uma alavancagem importante do processo descentralizador. No ano de 2000 a quase totalidade dos municípios brasileiros (mais precisamente 97,04%) já encontravam-se enquadrados em alguma das duas modalidades de gestão normatizadas pelo Ministério da Saúde. Dos 5.506 municípios existentes, 88, 07% (4.849 municípios) estavam habilitados na condição Plena de Atenção Básica e 8,97% (494 municípios) na condição de Plena do Sistema Municipal (DATASUS / Ministério da Saúde / Brasil, 2000).

Com efeito, do ponto de vista da implementação da agenda reformista definida para toda a área social, há um reconhecimento de que apenas a política de saúde foi

efetivamente reformada, constatando-se o modesto saldo das mudanças e inovações nas outras áreas, apesar das alterações propostas.

Na perspectiva de Arrecthe (1999), o avanço da política de saúde no seu processo de reforma, essencialmente no tocante à descentralização na prestação de serviços, justifica-se devido ao elevado grau de consenso que a municipalização da saúde obteve na agenda de reformas na área social. Ademais, a coalizão pró-reforma na área sanitária é fortemente articulada e estável, sendo capaz de gerar pressão local pela adesão municipal ao SUS. Também a própria flexibilidade do desenho da descentralização, que contempla distintas modalidades de adesão, facilita a neutralização de possíveis resistências das administrações locais, derivadas dos custos financeiros a serem assumidos com a gestão dos serviços.

Mas para Draibe (1999), a agenda de reformas no campo social depara-se, a partir da metade da década de 90, com um ambiente político muito complexo, perpassado pelo ajustamento econômico, pela complementação das reformas institucionais e pelo processo de consolidação da democracia. Isto posto, em que pese o inequívoco avanço da reforma da política de saúde na sua dimensão organizacional, na qual a descentralização é um exemplo, vários problemas e desafios se interpõem ao aprofundamento da reforma. Os principais problemas apontados pela autora são: *as distorções e ineficiências do investimento, acarretando a implantação incompleta de redes intermediárias e básicas de serviços, o que sobrecarrega e compromete a efetividade do sistema hospitalar; a ineficiência mas principalmente a ineficácia dos recursos; um modelo assistencial fundado na livre demanda, do qual estão ausentes os princípios de adscrição de clientela e de identificação de porta de entrada; as*

antiquadas e inadequadas organização e gestão do sistema e de suas unidades organizacionais (pp.121-131).

As pesquisas empíricas têm mostrado, não obstante o avanço do processo descentralizador setorial, a heterogeneidade de experiências quanto às mudanças nos sistemas locais de saúde. Observa-se desde experiências inovadora/virtuosas até aquelas em que o poder local tampouco foi capaz de manter o padrão tradicionalmente ofertado antes da municipalização, seja devido tanto a fatores exógenos à política de saúde, seja devido às condições de infra-estrutura das respectivas secretarias municipais de saúde, tanto no que se refere a sua rede física de serviços quanto à capacitação técnica de burocracia encarregada de gerenciá-la.

A complexidade do quadro reside exatamente na interação entre os muitos intervenientes postos, conformando um quadro cujo resultado é a interseção entre os esforços para a conformação de um novo padrão de atenção e as características e capacidade de resistência das relações e estruturas políticas dominantes. Neste sentido, nos rumos do processo interferem, de um lado, a herança da centralização e seus determinantes e, de outro lado, a conformação de uma arena política local, na qual se expressam acordos, alianças e disputas de distintos interesses políticos e forças sociais que moldam este território político local.

A análise do processo de implementação tem evidenciado que, em muitos casos, o repasse da gestão da política de saúde à esfera municipal esbarra na precariedade da estrutura administrativa do município e particularmente da estrutura burocrática voltada à prestação de serviços de saúde, não sendo raros os exemplos em que a própria montagem dessa estrutura administrativa coincide com o momento em que o município assume a gestão da rede de serviços.

A mudança na alocação de recursos advinda da implementação da descentralização no setor da saúde não tem sido suficiente para modificar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde dado pela própria face heterogênea do país. Ou seja, os municípios situados nas regiões e estados mais desenvolvidos tendem a reunir os requisitos básicos necessários à assunção da gestão descentralizada e ao desenvolvimento de ações mais eficientes visando a otimização dos resultados e a maximização na utilização de recursos disponíveis. Isso porque as localidades mais ricas têm em geral mais capacidade técnica e gerencial, bem como maior aporte de recursos advinda da sua capacidade de arrecadação fiscal. Assim, a experiência recente de descentralização municipal vem demonstrando a institucionalização de inúmeras modalidades de organização dos sistemas locais, originadas da combinação entre normas institucionais do SUS e as singularidades sócio-políticas locais.

A grande heterogeneidade dos municípios brasileiros confere enorme complexidade ao processo de descentralização do SUS.

As profundas inovações postas pela Constituição de 1988, no sentido de estruturar no país um sistema federativo, não avançou a ponto de explicitar uma clara definição de funções e poderes de cada esfera de governo, mas este novo pacto intergovernamental tem se dado, nos últimos anos, nos embates políticos concretos, apresentando grande variação segundo fatores de ordem regional, organizacional-setorial e político-partidária.

Na visão de Levcovitz (1997), a autonomia política dos municípios e a ausência de uma definição clara da hierarquia e dos papéis a serem desempenhados por cada instância de governo confere grande complexidade às negociações em torno da descentralização do sistema de saúde. O forte estímulo à municipalização contradiz a

obrigatoriedade da hierarquização e da regionalização da rede de serviços, tendo em vista que, face à reduzida amplitude populacional da maioria dos municípios brasileiros, é impossível, e mesmo não seria racional, se organizar em cada um deles um sistema que contenha os diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária). Apenas um percentual pequeno dos municípios brasileiros tem porte populacional que justifique a oferta de serviços em todos os níveis.¹³

Este fato caracteriza, para aquele autor, a insuficiência dos dispositivos legais para definir as estratégias concretas de implementação da reforma da política de saúde, onde a ênfase dos discursos descentralizadores contrasta com a ausência de prioridade atribuída à construção de instrumentos e mecanismos operacionais que dêem suporte à descentralização do SUS.

Nessa medida, o debate setorial tem como um de seus consensos que, ao lado do processo de municipalização, é imperativo desenvolver estratégias que articulem as reformas dos sistemas locais a iniciativas de cunho regional, tal como proposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 1/2001. As experiências de formação de consórcio expressam formas alternativas de arranjo regional. Com efeito, sem a efetiva coordenação e planejamento regionais, corre-se o risco de que o processo de descentralização se distancie dos objetivos de equidade em saúde.

Na visão de Almeida *et al.* (1999), a dinâmica da descentralização tem tido um efeito positivo para promover maiores níveis de equidade na alocação dos recursos e no

¹³ Segundo Levcovitz, em municípios com até 10.000 habitantes, que representam 40% dos municípios brasileiros, segundo o Censo do IBGE de 2000, é recomendável apenas a existência de unidades básicas e sistemas de referência e contra-referência para serviços mais complexos situados fora do território municipal; para município com população entre 10.000 e 20.000 hab. (29% do total de municípios existentes no país) deve existir recursos diagnósticos secundários e leitos hospitalares gerais; os municípios com população entre 20 e 100.000 hab. (27% do total) comportam todo o nível de complexidade secundária mais os serviços especializados voltados às patologias mais frequentes; e apenas aqueles com mais de 100.000 hab. (em torno de 4% do total) devem completar a oferta de atenção terciária (pp. 151/152).

consumo de serviços de saúde. A criação de diferentes fóruns deliberativos - as Comissões Intergestoras e os Conselhos representativos-, permitiu a construção de uma arena setorial ampliada, que complexificou e politizou o processo decisório. Essa nova estrutura organizacional tem exacerbado os conflitos entre os diferentes projetos que buscam institucionalizar suas demandas e, ao mesmo tempo, tem possibilitado a articulação e o fortalecimento do debate sobre a operacionalização do SUS.

Talvez seja este o mais importante legado desse processo de descentralização em curso, e que, ao mesmo tempo, contribui para sua continuidade e amadurecimento, ou seja, a emergência dos atores articulados aos diferentes níveis de poder à cena setorial. É certo que o peso relativo desses agentes são diferenciados, mas a nova estrutura decisória setorial tende a modificar a forma de distribuição dos consideráveis recursos (embora não suficientes) alocados no setor de saúde. Esse processo, afeta distintos interesses e gera continuamente novas demandas, dando visibilidade a novos atores e a novos procedimentos de decisão política.

A entrada em cena de novos atores sociais vinculados à esfera municipal com a descentralização político-financeira em curso é um fator que contribui para a revitalização da arena política da saúde. Tal realidade difere do modelo implementado nas décadas anteriores, onde os arranjos político-clientelistas entre os setores com acesso privilegiados à esfera decisória se dava no espaço circunscrito da esfera federal.

Este novo contexto tem requerido dos outros níveis de governo - federal e estadual- uma grande capacidade de regulação destinada a estabelecer as normas gerais para o funcionamento do sistema, bem como fiscalizar o seu cumprimento. Esses entes estatais, por um lado, deixam de se colocar como prestadores diretos de serviços, agora

a cargo dos municípios, e passam à função de reguladores e coordenadores gerais do sistema.

No que concerne aos governos estaduais, estas funções estiveram amplamente ausentes de suas agendas, bem como de sua ação concreta. Os estados (alguns mais que outros) não foram capazes de se reorganizar internamente para desempenhar as suas novas funções, mantiveram-se paralisados com o acelerado processo de transferência direta de recursos para os municípios e a diminuição do seu papel de intermediário da relação município/governo federal. Só recentemente, com a explicitação das gritantes disparidades entre as realidades dos sistemas locais de saúde, é que a problemática da função de coordenação regional que cabe aos governos estaduais vem sendo tematizada e vem redundando em algumas medidas concretas nesta direção, das quais a NOAS é um exemplo. Esta norma explicita em seu texto mecanismos para a reversão do "municipalismo" radical em curso e retoma o fortalecimento do papel da esfera estadual como instrumento eficaz contra os desequilíbrios intermunicipais. Sua operacionalização, todavia, têm encontrado maior ou menor viabilidade conforme as condições político-institucionais presentes em cada estado da federação.

Quanto ao nível federal, a atuação do Ministério da Saúde tem sido de forte presença na cena setorial, gerando as condicionalidades e regras para o financiamento da atenção à saúde prestada pelos governos municipais. Para alguns analistas inclusive, o nível central com suas medidas fortemente indutoras tem "formatado" o desenho dos sistemas municipais, privilegiando um determinado modelo assistencial assentado sobre a atenção básica e sobre determinados programas definidos como prioritários pelo Ministério e que são objeto de incentivos financeiros atraentes para o nível local, como

as ações do PACS (Programa de agentes Comunitários de Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família).

Por outro lado, tais programas são plenamente justificáveis tanto do ponto de vista do modelo de assistência hoje vigente e sua questionável eficácia, quanto do ponto de vista do perfil sócio-econômico do país e as estratégias possíveis para superação dos atuais indicadores sociais e de saúde.

Em certos casos, a execução local de determinados programas, como aqueles citados, obedece a lógicas totalmente desvirtuadas do ponto de vista da racionalidade e resolutividade das ações propostas. Tais experiências expressam duas problemáticas fundamentais e interligadas: 1) a pouca tradição do poder político local em elaborar (ou neste caso readequar) políticas e programas voltados a responder de forma racional às demandas em seu território e 2) a fragilidade do ponto de vista da capacidade de gestão da esfera local.

Desta forma, se reforça o caráter de longo prazo que define um processo de descentralização, que requer uma capacitação progressiva de poderes locais e regionais, obedecendo a ritmos e lógicas distintas ditadas por diferenças regionais e pela existência de políticas indutivas implementadas pelo nível central. Neste sentido, é que se reforça a necessária gradualidade e flexibilidade de que se deve investir o processo descentralizador enquanto um processo de longo prazo, que inclui a capacitação crescente dos poderes locais como forma de torná-lo efetivo.

A nosso ver, o aprofundamento da descentralização no campo da saúde aponta como uma das estratégias metodológicas mais eficazes para examinar os efeitos concretos das mudanças em curso na área, recuperar o nível municipal com espaço de formulação e operacionalização de políticas setoriais, onde novos atores aparecem e

redefinem tanto os espaços decisórios como a própria agenda da saúde. Portanto, é no nível do município que decisões fundamentais em termos de alocação de recursos para a assistência à saúde são tomadas. Nesse nível se reafirmam ou não decisões sobre a ampliação da capacidade instalada, o aumento da oferta de serviços, o modelo assistencial, a recuperação da rede de atenção à saúde, a implementação de determinados programas sanitários priorizados pelo governo federal, o perfil e a qualidade do atendimento prestado, a distribuição espacial desses serviços, a contratação e capacitação de profissionais para o setor etc. Neste sentido, é imprescindível que se privilegie a metodologia de estudo de caso para se compreender os desdobramentos atuais do SUS.

A conjuntura setorial é extremamente propícia à retomada do debate sobre os limites, impasses e alcance da municipalização à luz das experiências em curso, à medida em que o nível local coloca-se como espaço de formulação e operacionalização de políticas de saúde.

**CAPÍTULO III - O Caso do município de São Gonçalo (RJ): Dilemas atuais da
implementação das políticas locais**

III.1 - Notas sobre a Metodologia

III.2 - O Município de São Gonçalo – RJ

- *Aspectos Geográficos e Demográficos*
- *Aspectos Econômicos*
- *Aspectos Sociais*

III.3 - Histórico Político-econômico do Município

III.4 - 1989: Novo Ciclo na Política Local

III.5 - Política Local de Saúde: *municipalização e reorganização da rede assistencial*

III.6 - A Implantação do Programa de Saúde da Família no Município: *A normatização Federal e sua retradução local*

III.1 - Notas sobre a Metodologia

O modelo descentralizado de produção de políticas sociais que vem sendo implementado no país desde a década de 90 conforma um cenário extremamente heterogêneo no que diz respeito a como os municípios, agora protagonistas das ações governamentais nas mais importantes áreas sociais, efetivamente têm desempenhado tal tarefa.

Esta heterogeneidade deriva, como já amplamente demonstrado pela literatura (Souza, 1998; Silva, 1999, entre outros), da diversidade que marca as regiões e localidades brasileiras qualquer que seja a variável tomada como referência. Assim, deparamo-nos com uma enorme variabilidade no que tange à dinâmica econômica, capacidade fiscal, grau de complexidade da estrutura urbana, quantidade e complexidade da oferta de serviços sociais, grau de permeabilidade do sistema político local à interferência da comunidade na gestão das políticas locais, padrões locais de *accountability*, etc.

De outro lado, ainda que reconhecendo a mencionada diversidade que caracteriza o conjunto dos municípios brasileiros, estudos voltados à análise da descentralização têm posto acento no peso das medidas adotadas pelos níveis mais abrangentes de governo – governos central e regionais – visando à consecução da gestão descentralizada (Tendler, 1998; Arretche, 2000), apontando assim as tendências gerais que vêm caracterizando a sua implementação.

A perspectiva analítica aqui adotada teve por objetivo captar as especificidades inscritas no processo de deslocamento das decisões afetas às áreas sociais – mais

especificamente à área de saúde – para o nível local. *Acreditamos ser decisivo o peso do perfil do município e da arena política local na conformação do perfil da oferta de serviços de saúde*, determinando inúmeras possibilidades de inovação e/ou continuidades nesta oferta em cada localidade.

Para captar tais singularidades e sobretudo permitir o aprofundamento da análise das experiências em curso, adotamos a *metodologia do estudo de caso*. Tal metodologia mostra-se particularmente adequada na medida em que aposta exatamente no determinante do aprofundamento para a melhor compreensão de um dado fenômeno.

Deste modo, em nosso ponto de vista, o tema da descentralização da gestão das políticas sociais e de saúde, tema já bastante explorado nos seus domínios amplos, adequa-se bem à função do estudo de caso que serve preferencialmente para precisar conhecimentos adquiridos, esclarecê-los, aprofundá-los, destacar particularidades ligadas a manifestações localizadas do fenômeno, atualizar a diversidade de suas manifestações conforme o contexto onde se processam (Laville e Dionne, 1997:156).

Na mesma perspectiva, Becker (1997) afirma que a adoção do método do estudo de caso supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno adequadamente a partir da exploração intensa de um único caso.

Assim, tomamos como objeto de análise o caso do município de São Gonçalo (RJ), procurando analisar como a localidade, a partir da implementação dos determinantes constitucionais da descentralização, efetivamente vem desempenhando o papel de gestor dos serviços sociais, especialmente dos serviços de saúde.

Para uma aproximação com o objeto do estudo – o exercício da gestão descentralizada das políticas sociais no município – tomamos como ponto de partida dois eixos analíticos articulados:

- a) *O mapeamento da dinâmica política local*, buscando capturar os contornos do processo decisório local e como se processa a intermediação de interesses entre o governo – Executivo e Legislativo – e os principais atores sociais envolvidos na decisão e implementação das políticas locais;
- b) *A análise da gestão da política de saúde municipal* desde o momento da municipalização do sistema de saúde em 1991 até o ano de 2001, período em que diferentes forças políticas ocuparam o poder no município e implementaram projetos próprios nesta área setorial (com prioridade para os projetos de reorganização da rede de atenção básica de saúde), projetos estes cujo desenho representam uma combinação entre as medidas indutivas e normas institucionais do SUS oriundas portanto do nível central de governo (Ministério da Saúde) e as singularidades sócio-políticas locais.

A eleição do município de São Gonçalo para a realização do estudo deu-se através da combinação de dois fatores.

O primeiro diz respeito ao acesso a informações prévias sobre o município a partir da minha inserção no âmbito da pesquisa integrada “*Municipalização e Impacto na Organização dos Serviços de Saúde*” entre 1998 e 2000¹⁴. Durante a realização desta pesquisa, cujo objetivo era analisar o processo de descentralização da política de saúde e seu impacto sobre a rede de serviços a partir da análise de experiências descentralizadas em municípios localizados na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, São Gonçalo mostrou-se como um caso particularmente rico na medida em que se trata de um município de grande porte populacional (hoje tem em torno de 900.000 habitantes),

¹⁴ A pesquisa foi coordenada pela Professora Regina Bodstein e contou com financiamento do CNPq e da FIOCRUZ.

totalmente urbano, localizado na periferia e que apresenta históricos e significativos *déficits* de serviços e equipamentos urbanos, tanto no plano quantitativo quanto qualitativo.

Diante desta realidade que marca o município, é relevante indagar se o deslocamento da gestão das políticas públicas para o âmbito local instituído pelo modelo descentralizado a partir da década de 90 vem permitindo uma maior adequação das respostas do poder público (tanto em termos de eficiência quanto do controle social) no que concerne aos serviços sociais às volumosas e complexas demandas sociais locais.

O segundo fator que dá sustentação à escolha de São Gonçalo como base empírica para o estudo diz respeito à possibilidade, dada a facilidade de acesso, de acompanhar por um período relativamente longo o desenvolvimento da gestão municipal. Aqui ganha relevância o sentido gradual (ou incremental, para os mais otimistas) inscrito neste processo de assunção da gestão de políticas e programas sociais pela esfera municipal, em um país de tradição reconhecidamente centralista.

Assim, tomando a implementação da gestão descentralizada como um esforço continuado e de longo prazo, analisar seus resultados implica em considerar *o ponto de partida de cada localidade no que tange a sua capacidade de formular e gerir políticas públicas.*

Aretche (2000) ilustra este ponto ao afirmar que é necessário avaliar em que medida um dado nível de governo está organizacionalmente capacitado para o desempenho de uma dada tarefa de gestão, não apenas no que concerne ao financiamento mas também às capacidades estatais técnicas e administrativas, desenvolvidas em um longo período de tempo que, uma vez instaladas tendem a

fortalecer-se continuamente. A autora ressalta a importância de se considerar o legado das políticas prévias, ou seja, a herança institucional de programas anteriores, já que o que vem antes condiciona o que vem depois.

Com efeito, estamos diante de um problema cujos contornos só podem ser compreendidos tomando-o como um *processo*, idéia que supõe variações político-institucionais num *continuum* de tempo e espaço.

São úteis, neste sentido, as estratégias metodológicas adotadas pela avaliação de processo de implementação de políticas. Embora nosso estudo não tenha tido por objetivo realizar uma pesquisa avaliativa no sentido estrito conformado pelo campo da avaliação de políticas e programas, partimos da concepção, compartilhada por estes estudos, de que certas particularidades dos meios de implantação influenciam os resultados de uma intervenção e que, portanto, a análise do contexto de implantação é imprescindível para se alcançar uma compreensão mais global da intervenção (Denis e Champagne, 1997).

Perez (1998), analisando os avanços agregados pelo uso desses referenciais para um melhor dimensionamento dos resultados das políticas acrescenta que as gerações de pesquisa de implementação que se acumularam¹⁵ demonstram resultados em pelo menos dois aspectos: 1) melhor entendimento do que significa a implementação e sua variação através do tempo, das políticas e das unidades de governo; 2) avanços no estabelecimento dos *elos reais* entre o desempenho da implementação e o planejamento

¹⁵ O autor faz referência ao baixo consenso sobre a conceituação do processo de implementação na vasta literatura americana. Para um grupo de autores, tais como Lester (1987) entre outros, a implementação refere-se a todo processo iniciado com o estabelecimento da política até seu impacto. Outro grupo, do qual fazem parte Pressman e Wildavsky (1984), defende uma concepção mais delimitada de implementação, que só se inicia no momento da transformação da política em programa, sendo precedida por duas outras etapas da *policy*: a formação da política, compreendida pela constituição da agenda, a definição do campo de interesse e a identificação de alternativas e, a fase de formulação da política, quando as várias propostas se constituem em política propriamente dita, mediante a definição de metas, objetivos, recursos e a explicitação da estratégia de implementação. É consenso, no entanto, as dificuldades de se distinguir claramente as fases no curso de uma *policy* concreta.

da política, uma vez que, apesar da decisão do nível central, tal decisão não é automaticamente cumprida, ao contrário, a operacionalização de uma política ou programa apresenta inúmeros “*percalços*” no nível local, que redesenham a política.

Bodstein (2002), reconhecendo também que o processo de implantação necessariamente altera e modifica o projeto original, atenta para a necessidade de se levar em conta a presença de atores, interesses diversos e o cenário político institucional dos contextos estaduais e municipais para revelar os rumos do processo de descentralização.

Para a autora, as abordagens avaliativas, partindo freqüentemente da *análise do processo* através do qual decisões são transformadas em ações programáticas e projetos de intervenção específicos, trazem enorme riqueza explicativa e também desafios metodológicos importantes.

Esta literatura traz ainda como contribuição relevante para a perspectiva teórico-metodológica adotada em nosso estudo a ênfase no sentido *processual* que deve embasar as análises, na medida em que entende que a compreensão do processo de implantação de políticas implica em considerar processos e resultados intermediários, que sinalizam e evidenciam mudanças mais substanciais em curso, bem como diferenças nos impactos finais (Hartz, 1999; Denis e Champagne 1997; Bodstein, 2002).

No que tange às técnicas de coleta de dados, procuramos conjugar informações provenientes de diferentes fontes, quais sejam:

- a) Realização de entrevistas com atores-chave no contexto da política local, como políticos, lideranças de entidades civis e assessores parlamentares, totalizando 08 entrevistas. Tais entrevistados foram referidos no trabalho genericamente

como *lideranças políticas* evitando assim identificar pessoalmente o entrevistado.

Tais entrevistas tiveram como norte um roteiro integrado por perguntas abertas e fechadas, elaboradas a partir do quadro de referência da pesquisa, cujo objetivo foi reconstruir, ainda que parcialmente e a partir de alguns pontos de interesse da própria pesquisa, a trajetória política municipal em seu período recente, bem como a produção, oferta e consumo de serviços sociais se inserem neste contexto. ¹⁶

Neste sentido, o uso da entrevista como fonte de informação para construir uma visão geral da dinâmica política local no período estudado tem como virtude e como limite apreender tal processo a partir da maneira pela qual estes indivíduos que vivenciaram tal processo interpretaram-no.

Schnapper (1999) esclarece este ponto ao afirmar que:

“É preciso sem descanso lembrar que os entrevistados elaboram um relato das suas experiências. Nenhum método permite por definição recuperar o próprio vivido. A entrevista não restitui o vivido, recolhe o relato construído e reconstruído pelos entrevistados. Este relato propõe uma reconstrução intelectual de um momento do passado, inevitavelmente orientado pela presença do entrevistador, pelo trabalho de memória e pela significação que a evolução dá ao passado... Em nenhum dos casos, a entrevista, qualquer que seja a sua qualidade, traz, por si mesma, a verdade sociológica que o investigador procura, não é enfim um documento que traga a sua própria significação, ela deve ser reportada a uma situação social que a ultrapassa” (1999: 91).

¹⁶ Outras fontes voltadas à reconstrução da história política do município foram de grande valia para a realização da pesquisa e serão citados ao longo do trabalho (Reznik, 2003; Mendonça, 2000; Mendes, 2002). Também trabalhos voltados à realidade municipal atual e versando temáticas específicas constituíram fontes de informação valiosas (Gaspary, 1996; Senna, 2004) Embora no geral possamos dizer que ainda não há um acúmulo de estudos sobre o município.

- b)** Realização de entrevistas com gestores envolvidos nas diferentes instâncias de discussão, gestão e execução da política local de saúde – secretários e sub-secretários municipais de saúde; gerentes de nível central- superintendentes e gerentes de programas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde; diretores de unidades de saúde locais – hospitalares públicos e privados conveniados e ambulatoriais; profissionais de saúde e membros do Conselho Municipal de Saúde em diferentes gestões, totalizando 36 entrevistas.
- c)** Consulta e análise de fontes documentais referentes ao período estudado: atas das sessões da Câmara de Vereadores, Plano Diretor do Município, atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, relatórios das Conferências Municipais de Saúde, relatórios de gestão e outros documentos produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde.
- d)** Levantamento e análise de informações disponíveis sobre o município em diferentes bases de dados (IBGE, PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro, Fundação CIDE e Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro), com objetivo de caracterizá-lo sob os aspectos demográfico, sócio-econômico e capacidade financeira. Foram consultados também o banco de dados do DATASUS e do SIAB, visando reunir informações sobre a produção e oferta de serviços de saúde no município durante o período pesquisado.
- e)** Observação em momentos específicos de instâncias colegiadas envolvidas na gestão da política de saúde local – reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde e Conferências Municipais de Saúde.

A observação realizada nestes fóruns de debate e decisão sobre a política de saúde municipal permitiu-nos acesso a um espaço de efetiva inter-relação

(envolvendo disputas de poder, composição, conflitos de projetos e propostas para o setor) entre os segmentos envolvidos/interessados na política de saúde local. Ainda que determinadas decisões cruciais para o setor não sejam tomadas em tais fóruns coletivos, conforme demonstraremos mais adiante na nossa análise, tais espaços são valorizados por todos os segmentos locais envolvidos com a saúde dada a sua relevância na engenharia institucional do SUS.

Um outro fator que demonstrou a importância do uso da técnica da observação para o nosso objeto de estudo foi o fato de que através da observação pudemos identificar temas e atores (alguns foram inclusive posteriormente entrevistados) relevantes no contexto da política de saúde municipal, aos quais dificilmente teríamos tido acesso de outra forma. Becker (1997) ilumina este ponto ao afirmar que a observação dá acesso a uma ampla gama de dados, inclusive os tipos de dados cuja existência o investigador pode não ter previsto no momento em que começou a estudar, e que, portanto, é um método bem adequado ao propósito do aprofundamento previsto pelo estudo de caso.

O trabalho de campo foi realizado em momentos distintos. A primeira aproximação com o município deu-se no contexto da pesquisa “*Municipalização e Impacto na Organização dos Serviços de Saúde*” já aqui mencionada. Assim, no decorrer do ano de 1999, foram realizadas diversas entrevistas visando recuperar as inflexões ocorridas na dinâmica política municipal que tem lugar a partir do ano de 1989, quando uma nova força política (liderada pelo PDT) assume o poder no município trazendo uma perspectiva de renovação da política municipal após mais de duas décadas de

hegemonia de um mesmo grupo tido como conservador à frente da prefeitura e com forte ascendência sobre o Legislativo municipal. Este novo grupo que assume a prefeitura tem como uma de suas prioridades políticas realizar investimentos na rede de serviços sociais e particularmente de saúde, iniciativa que coincide com o início do processo de repasse da gestão da política de saúde para os municípios em todo o país como consequência da implementação dos determinantes constitucionais da descentralização das áreas sociais.

A permanência deste grupo no Executivo municipal e a permanência da equipe da Secretaria Municipal de Saúde (com algumas poucas alterações) até o ano de 2000 permitiu-nos cotejar as propostas inscritas no seu programa político com as iniciativas de fato implementadas e como a gestão descentralizada foi operacionalizada na localidade, permitindo analisar empiricamente como os esforços para a conformação de um novo padrão de atenção à saúde previsto pelo SUS modificam e são modificados pelas estruturas políticas locais.

Nova safra de entrevistas e coleta de material através das outras fontes mencionadas foram realizadas entre o final de 2001 e início de 2002 buscando acompanhar a mudança no comando da política local que ocorre com as eleições municipais de 2000. Neste contexto, já decorridos dez anos do início da implementação da gestão descentralizada das políticas sociais e particularmente da municipalização da política de saúde, foi dada uma condução diferenciada em termos de projeto para a saúde local, com clara ênfase na implementação do Programa de Saúde da Família (PSF). A análise de diferentes aspectos que envolveram a implantação do Programa no município possibilitou analisar como um programa fortemente normatizado pelo governo federal adquire na localidade tonalidades próprias dadas pelas contingências

moldadas pelos diversos interesses presentes na arena política local. Procuramos mostrar empiricamente como no processo de implementação de uma política decisões altamente relevantes são tomadas e não apenas executadas, redesenhando o formato original da própria política.

Vale reforçar que o recorte temporal definido para a pesquisa ganha validade diante da complexidade intrínseca ao próprio processo de implementação da gestão descentralizada, permitindo apreendê-la no seu estatuto processual cujos resultados devem ser avaliados no médio prazo. O desenho metodológico da pesquisa buscou não só observar como o poder local vai gradativamente aprimorando a sua capacidade técnico-administrativa para o desenvolvimento da gestão descentralizada, mas principalmente, como esta gestão vai ganhando contornos que refletem os interesses e estratégias dos agentes envolvidos na implementação, ou seja, como o processo decisório local em torno da gestão das políticas sociais condiciona ou imprime uma lógica específica ao resultado destas políticas.

III.2 - O Município de São Gonçalo (RJ)

• Aspectos Geográficos e Demográficos

São Gonçalo é um município da região metropolitana do Rio de Janeiro, com uma área total de 215 Km², sendo o nono município em termos de dimensão geográfica se comparado aos demais municípios da região metropolitana do estado.

Limita-se ao norte com o município de Itaboraí, ao sul com os municípios de Niterói e Maricá e a oeste com a Baía de Guanabara.

Em termos populacionais, São Gonçalo é o terceiro município mais populoso do estado e o décimo quarto do Brasil, com aproximadamente 891.119 habitantes, com alta densidade demográfica (3550.27 hab./ km²). Dentre os residentes no município, 53% são eleitores, o que torna o município o segundo colégio eleitoral do estado com um total de 610.512 eleitores.

No período entre 1991 e 2000, a população de São Gonçalo teve uma taxa de crescimento anual de 1,55%. E em 2000, representava 6,19% da população total do estado do Rio de Janeiro e 0,52% da população do país.

São Gonçalo apresenta hoje uma taxa de urbanização de 100%, tendo 90 bairros distribuídos em 5 distritos (vide anexo 1). Predominantemente operário, o município vem se tornando, ao longo do tempo, uma cidade periférica com um relativo centro urbano. A cidade não comporta a mão-de-obra local que então recorre às cidades vizinhas em busca de emprego, passando a ser chamada de cidade-dormitório.

A população é composta majoritariamente por mulheres (51,81%) e por jovens (44,71% dos habitantes possuem até 24 anos). A faixa etária de 15 a 49 anos

representava em 1996, 57,71% do total e a população idosa (60 anos e mais) correspondiam a 8,5% dos residentes.

Quadro 1 - Características demográficas de São Gonçalo (RJ), 2000

Características Demográficas	N	%
População Total	891.119	
População Urbana	891.119	100,00
População Rural	0	0,00
População Masculina	429.404	48,19
População Feminina	461.715	51,81
Área (Km ²)	251	
Densidade Demográfica (Hab/Km ²)	3550,27	

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000

Quadro 2 - Distribuição da população por faixa etária em São Gonçalo(RJ), 2000

População Por Faixa Etária	N	%
0 a 4 anos de idade	74.003	8,30
5 a 9 anos de idade	73.136	8,21
10 a 14 anos de idade	73.285	8,22
15 a 19 anos de idade	80.618	9,05
20 a 29 anos de idade	158.686	17,81
30 a 39 anos de idade	147.960	16,60
40 a 49 anos de idade	123.176	13,82
50 a 59 anos de idade	78.221	8,78
60 anos e mais de idade	82.034	9,21
Total	891.119	100,00

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000

Distando apenas 28 Km do centro da cidade do Rio de Janeiro, a localização da cidade proporciona fácil acesso a outras cidades do estado, sendo cortada por três importantes rodovias: BR 101, RJ 104 e RJ 106.

Possui um litoral de 21 Km de extensão junto à Baía de Guanabara. Neste seu extenso litoral encontram-se várias ilhas que pertencem ao município: Carvalho, Ananás, das Flores, do Tavares, Itaoca e Itaoquinha.

Pouco resta da paisagem natural. Quanto à paisagem cultural, representada pelas intervenções humanas, a degradação é assustadora e comprometedora da qualidade de vida, assim descrita por geógrafos que estudam a região:

A observação da “paisagem” da cidade nos mostra uma cidade inacabada, em decorrência do grau de pobreza da maioria da população, que conduz ao processo de auto-construção. Deste modo, o que se observa mais frequentemente ao longo dos eixos rodoviários e das vias de penetração dos bairros é uma quantidade elevada de casas com paredes sem revestimento, sem cobertura de telhas, ausência de árvores nos logradouros, iluminação (quando existente) precária, esgoto sanitário a “céu aberto” (presença freqüente de valas negras), animais soltos pelas ruas, lixo entulho vazados em lotes de terrenos não edificadas, construções invadindo as seções transversais dos logradouros, calçadas esburacadas e desniveladas, ruas interrompidas por ausência de drenagem e abaixo do terreno natural adjacente, bairros separados por cursos d’água e isolados. Faltam melhoramentos e pavimentação nas vias transversais no interior dos bairros que podem promover a integração física e social do município. As áreas remanescentes com topografia fortemente ondulada ou geologia desfavorável à ocupação ou ainda representadas por áreas alagadiças vão sendo invadidas

aceleradamente. Até o ecossistema de manguezal (se trata de uma área de proteção ambiental sob jurisdição do IBAMA) começa a sofrer os impactos negativos decorrentes da ocupação irregular e ilegal. Os rios que atravessam a cidade estão com suas faixas marginais comprometidas em função da existência de favelas. O sistema viário saturado no centro da cidade e nas principais vias estruturais por estarem subdimensionados para o tráfego que recebem.

- **Aspectos Econômicos**

A atividade produtiva de São Gonçalo é basicamente concentrada em comércio e serviços.

São Gonçalo conta com 15.989 unidades locais (empresas com CGC). É uma cidade constituída majoritariamente por unidades de ocupação de micro e pequeno porte (76,80%) onde trabalham até quatro pessoas. Em 89,62% do total das unidades locais trabalhavam até nove pessoas e as que ocupavam quinhentos ou mais pessoas representavam em 2002 somente 0,08% do total.

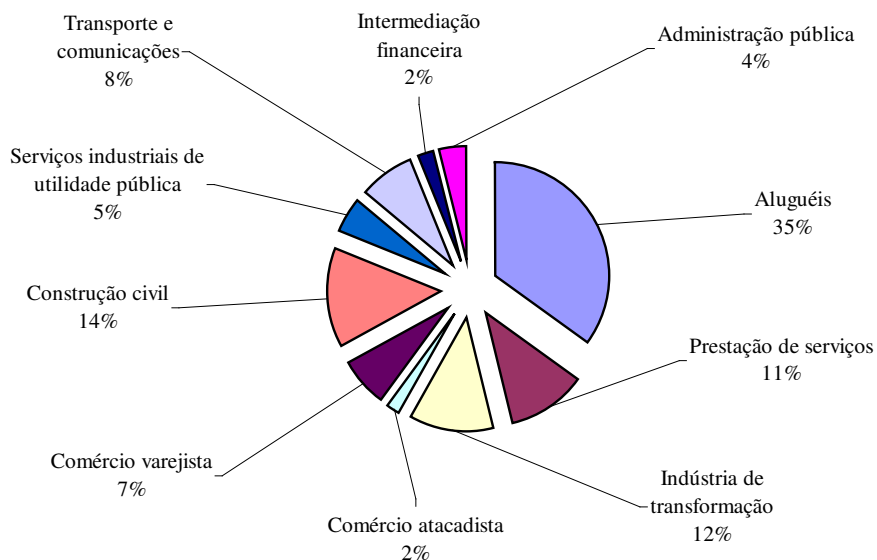
Tabela 1 - Empresas locais por número de pessoas ocupadas, São Gonçalo (RJ), 2000

Unidades locais por pessoas ocupadas	N	%
Unidades locais - 0 a 4 pessoas ocupadas	13.051	76,80
Unidades locais - 5 a 9 pessoas ocupadas	1.673	12,82
Unidades locais - 10 a 19 pessoas ocupadas	801	6,14
Unidades locais - 20 a 29 pessoas ocupadas	198	1,52
Unidades locais - 30 a 49 pessoas ocupadas	169	1,29
Unidades locais - 50 a 99 pessoas ocupadas	103	0,79
Unidades locais - 100 a 249 pessoas ocupadas	46	0,35
Unidades locais - 250 a 499 pessoas ocupadas	27	0,21
Unidades locais - 500 e mais pessoas ocupadas	11	0,08
Total	16.079	100,00

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000

A atividade econômica de São Gonçalo representa 3,1% do PIB da Região Metropolitana, incluída a capital e 19,3% se desconsiderarmos a mesma, conforme informações do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

Gráfico 1 - Composição do PIB municipal por atividade produtiva, São Gonçalo, ano 2000



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

A tabela a seguir mostra que as receitas orçamentárias municipais originam-se significativamente das transferências, o que indica que o município é bastante dependente dos recursos repassados pelos outros níveis de governo - federal e estadual.¹⁷

Tabela 2 - Receitas e despesas de São Gonçalo (RJ), 2001

Receitas e Despesas	(R\$)
Receitas orçamentárias realizadas	176.736.414,34
Despesas orçamentárias realizadas	165.357.334,74
Receitas orçamentárias realizadas correntes - tributárias	39.589.305,26
Receitas orçamentárias realizadas correntes - transferências	113.411.732,52
Valor do Fundo de Participação dos Municípios - FPM	11.804.755,80

Fonte: IBGE.

¹⁷ A relevância das transferências intergovernamentais no conjunto da receita municipal será tratada mais detalhadamente na parte 4 deste capítulo.

• Aspectos Sociais

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2000
Municípios do Estado do Rio de Janeiro

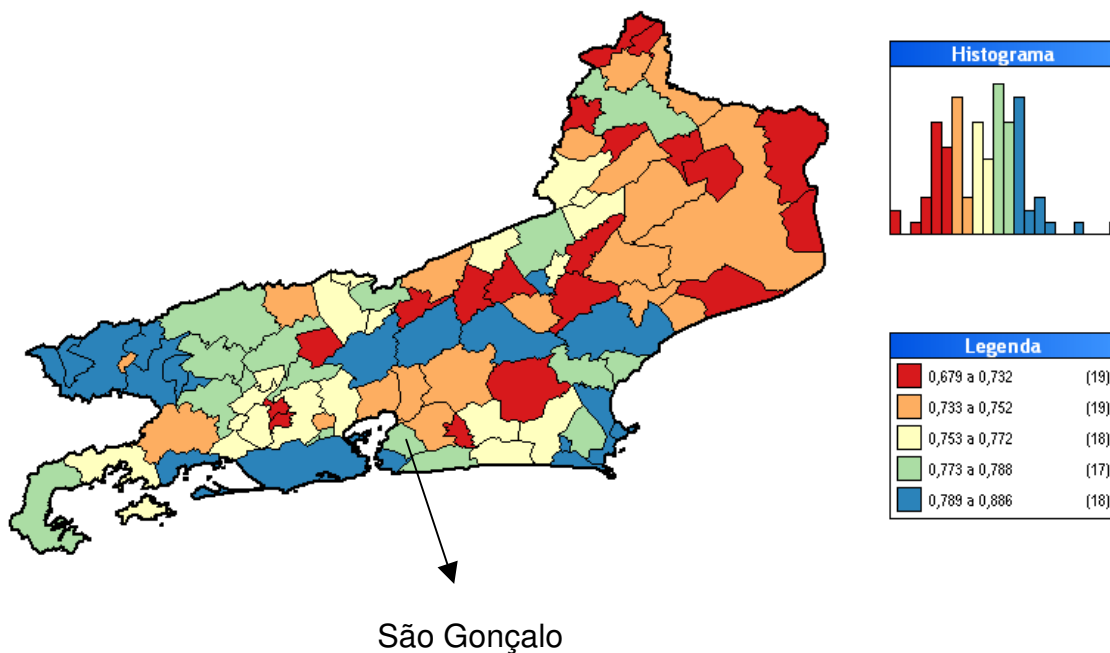


Tabela 3 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em São Gonçalo, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 1970, 1980, 1991 e 2000.

Região	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)			
	1970	1980	1991	2000
São Gonçalo	0,556	0,719	0,735	0,782
Estado RJ	0,657	0,733	0,782	0,802
Brasil	0,462	0,685	0,742	0,757

Fonte: PNUD / IPEA / Fundação João Pinheiro / IBGE - Atlas do Desenvolvimento Humano, 2003.

Nas últimas décadas, São Gonçalo, embora venha melhorando expressivamente seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M)¹⁸, passando de 0,556 em 1970 para 0,782 em 2000, ainda se encontra em posição inferior a do Rio e Janeiro (0,807), mas superior a do Brasil (0,766). A dimensão Longevidade passou do nível baixo (0,440 em 1970) para o médio (0,742 em 2000) desenvolvimento humano.

Tabela 4 - Índice de desenvolvimento Humano Municipal e dimensões em São Gonçalo e Estado do Rio de Janeiro, 1970, 1980,1991, 2000

Região	IDH-M Longevidade				IDH-M Educação				IDH-M Renda			
	1970	1980	1991	2000	1970	1980	1991	2000	1970	1980	1991	2000
São Gonçalo	0,472	0,526	0,638	0,742	0,636	0,685	0,739	0,896	0,561	0,945	0,827	0,706
Estado do RJ	0,450	0,540	0,642	0,740	0,645	0,697	0,749	0,902	0,876	0,961	0,954	0,779

Fonte: PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro/IBGE - Atlas do Desenvolvimento Humano, 2003

A dimensão renda mostra, ao longo do período, significativas oscilações. Em 1980 atinge o patamar mais alto (0,945), caindo para 0,827 em 1991 e atingindo um patamar ainda mais baixo em 2000 (0,706).

Esta queda deve ser interpretada tomando por referência a dinâmica da economia brasileira como um todo, na qual se verificam altos índices de crescimento entre os anos 60-80, quadro que altera ao longo da década de 80 quando o país

¹⁸ O IDH –Índice de Desenvolvimento Humano vem sendo calculado desde 1990. Este índice congrega três características fundamentais do processo de desenvolvimento humano: a longevidade de uma população, expressa pela esperança de vida ao nascer; seu grau de conhecimento, traduzido pela taxa de alfabetização de adultos e a taxa combinada de matrícula nos três níveis de ensino; e sua renda ou PIB *per capita*, ajustada para refletir a paridade do poder de compra entre os países. O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). A partir de 1998, foi lançado o primeiro Atlas com o índice de desenvolvimento humano de todos os municípios do país, o IDH-M (PNUD/IBGE/IPEA/FJP).

mergulha em uma grave crise econômica com reflexos bastante negativos sobre o total de empregos, sobretudo os empregos formais e o crescimento da informalidade entre os trabalhadores brasileiros e aumento da pobreza principalmente nas regiões metropolitanas.

Se tomarmos como referência a renda *per capita*, podemos ver através da tabela 5 que, embora a renda *per capita* do município tenha crescido, passando de 198,7 em 2001 para 268,8 em 2000, a renda *per capita* municipal é bem inferior àquela verificada no estado (413,9 reais em 2000).

No tocante ao nível de pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000), vemos que o percentual encontrado em São Gonçalo é próximo do verificado no estado. É relevante ressaltar, no entanto, que este percentual em São Gonçalo representa, em termos absolutos, um grande contingente de pessoas, dado o expressivo porte populacional do município.

Quando analisamos o índice de gini (tabela 5, abaixo), que mede a desigualdade, vemos que este índice é menor em São Gonçalo (0,47) que no estado (0,61), mostrando que há menor nível de desigualdade. Apesar desta menor desigualdade que no estado, observamos, através da tabela 6, que em 2000 mais da metade da riqueza (53%) era apropriada pelos 20 % mais ricos, embora este percentual ainda fosse menor que no estado, onde 65,6% da riqueza era apropriada por este extrato da população, ou seja, os 20% mais ricos.

Tabela 5 - Indicadores de renda, pobreza e desigualdade em São Gonçalo e Estado do Rio de Janeiro, 1991 e 2000.

Região	Renda per capita média (R\$ 1,00)		Proporção de pobres (%)		Índice de Gini	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000
São Gonçalo	198,7	268,8	24,4	18,9	0,47	0,49
Estado RJ	312,0	413,9	25,5	19,2	0,61	0,61

Fonte: PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro/IBGE - Atlas do Desenvolvimento Humano, 2003.

Tabela 6 - Porcentagem da renda apropriada por extrato da população em São Gonçalo e Estado do Rio de Janeiro, 1991 e 2000.

Região	20% mais pobres		40% mais pobres		60% mais pobres		80% mais pobres		20% mais ricos	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
São Gonçalo	4,1	3,3	13,0	11,8	26,7	25,3	48,1	47,0	51,9	53,0
Estado RJ	2,4	2,1	8,1	7,7	17,6	17,3	34,7	34,4	65,3	65,6

Fonte: PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro/IBGE - Atlas do Desenvolvimento Humano, 2003.

No tocante à dimensão educação, o IDH-M mostra que o município vem acompanhando a melhora nos índices verificados no país como um todo, que conseguiu, ao longo da década de 90, avanços significativos nesta área, e que estão refletidos no IDH e em outros indicadores.

Dados do Censo 2000 mostram que a taxa de analfabetismo no país passou de 19,7% em 1991 para 12,8% em 2000.

No município de São Gonçalo, podemos ver através da tabela 8 (abaixo) como a taxa de analfabetismo da população com 15 anos e mais de idade vem decaindo, reduzindo-se significativamente a partir de 1991 quando alcança um percentual (8,4%)

muito inferior à média nacional (19,4%). Ao mesmo tempo em que vem crescendo o número médio de anos de estudo da população residente no município, que passa de 4,4 anos em 1980 para 6,7 anos em 2000, embora ainda se mantenha inferior à média de anos de estudo verificada no estado (7,2 anos em 2000).

Esta melhora nos níveis de escolarização da população residente em São Gonçalo é confirmada pela tabela 7, com destaque para o crescimento do percentual de pessoas com 12 anos de estudo ou mais que passou de 0,9% em 1970 para 6,6% em 2000, embora este percentual ainda permaneça inferior ao encontrado no país (9,3%) e represente quase a metade do percentual verificado no estado (13,7%).

Observamos ainda que, não obstante os índices de escolaridade tenham crescido, mais da metade da população do município tem menos de 8 anos de estudo (correspondente ao ensino fundamental).

Tabela 7 - Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais; número médio de anos de estudo da população de 25 anos e mais, em São Gonçalo e Estado do Rio de Janeiro, 1970, 1980, 1991, 2000.

Região	Taxa de analfabetismo da população com 15 anos e mais (%)				Número médio de anos de estudos da população com 25 anos e mais			
	1970	1980	1991	2000	1970	1980	1991	2000
São Gonçalo	15,4	12,0	8,5	5,8	3,2	4,4	5,8	6,7
Estado do RJ	16,6	12,8	9,7	6,2	4,0	5,2	6,5	7,2
Brasil	33,0	25,3	19,4	12,9	2,4	3,6	4,9	5,9

Fonte: PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro/IBGE - Atlas do Desenvolvimento Humano, 2003

Tabela 8 - Porcentagem da população de 25 anos e mais de idade, por anos de estudo em São Gonçalo, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 1970, 1980, 1991, 2000.

Região	Menos de 4 anos de estudo				Menos de 8 anos de estudo				Com 12 anos ou mais de estudo			
	1970	1980	1991	2000	1970	1980	1991	2000	1970	1980	1991	2000
São Gonçalo	53,3	38,2	27,9	21,5	90,8	79,2	63,6	54,4	1,0	3,1	5,1	6,6
Estado do RJ	46,3	35,4	26,3	21,1	81,4	71,1	57,5	50,8	4,3	8,6	12,1	13,7
Brasil	69,0	55,6	42,3	33,0	91,2	83,3	72,1	63,7	2,0	5,0	7,5	9,3

Fonte: PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro/IBGE - Atlas do Desenvolvimento Humano, 2003

A maioria (76,03%) dos domicílios localizados no município são chefiados por homens, com 23,97% das unidades familiares chefiadas por mulheres.

Tabela 9 - Chefia de domicílios particulares permanentes por gênero, São Gonçalo (RJ), 2000

Gênero do Chefe de Domicílio	N	%
Chefes homens	179689	76,03
Chefes mulheres	56655	23,97
Total	236344	100,00

Fonte: IBGE – Censo 2000

Cerca de 42% dos chefes de família (homens e mulheres) em 2000 não tinha instrução ou possuíam até quatro anos de estudo, abandonando a escola no primeiro segmento do ensino fundamental, e 35,94% possuíam de cinco até oito anos de estudo (segundo segmento do ensino fundamental), enquanto 16,95% concluíram o ensino médio.

Tabela 10 - Chefia de domicílios particulares permanentes por anos de estudo, São Gonçalo (RJ), 2000

Anos de Estudo do Chefe de Domicílio	N	%
Chefes sem instrução ou menos de 1 ano de estudo	18415	7,86
Chefes - 1 ano de estudo	7774	3,32
Chefes - 2 a 3 anos de estudo	29563	12,62
Chefes - 4 anos de estudo	41868	17,87
Chefes - 5 a 7 anos de estudo	42357	18,08
Chefes - 8 anos de estudo	31768	13,56
Chefes - 9 a 10 anos de estudo	10084	4,30
Chefes - 11 anos de estudo	39715	16,95
Chefes - 12 a 15 anos de estudo	10394	4,44
Chefes - 16 anos ou mais de estudo	2385	1,02
Total	234323	100,00

Fonte: IBGE – Censo 2000

Os domicílios em São Gonçalo em 2000 eram habitados predominantemente por quatro moradores (26,91%) e três moradores (24,39%). Embora 9,13% dos domicílios fossem habitados por seis ou mais pessoas.

Tabela 11 - Número de moradores por domicílio particular permanente em São Gonçalo (RJ), 2000

Número de moradores	N	%
1 morador	20214	8,55
2 moradores	43724	18,50
3 moradores	57652	24,39
4 moradores	63605	26,91
5 moradores	29557	12,51
6 moradores	12253	5,18
7 moradores	4723	2,00
8 moradores	2279	0,96
9 moradores	1107	0,47
10 ou mais moradores	1230	0,52
Total	236344	100,00

Fonte: IBGE – Censo de 2000

As condições de saneamento verificadas no censo 2000 registraram que 76,11% dos moradores possuíam abastecimento de água com canalização ligado à rede geral. Sendo que cerca de 10% do total de moradores ainda recorria ao poço ou nascente e 6,63% não tinham água canalizada. Segundo dados do SIAB, entre as famílias cadastradas pelo PSF, 14,57% dos domicílios não possuía acesso à abastecimento de água por meio de rede pública (quadro 3).

Tabela 12 - Número de moradores segundo o tipo de abastecimento de água, São Gonçalo (RJ), 2000

Abastecimento Água	Urbano		São Gonçalo	
	N	%	N	%
rede geral canalizada em pelo menos um cômodo	675.731	76,11	675.731	76,11
rede geral canalizada só na propriedade ou terreno	34.895	3,93	34.895	3,93
poço ou nascente canalizada em pelo menos um cômodo	82.143	9,25	82.143	9,25
poço ou nascente canalizada só na propriedade ou terreno	5.935	0,67	5.935	0,67
poço ou nascente não canalizada	35.281	3,97	35.281	3,97
canalizada em pelo menos um cômodo	26.934	3,03	26.934	3,03
canalizada só na propriedade ou terreno	3.278	0,37	3.278	0,37
não canalizada	23.623	2,66	23.623	2,66
Total	887.820	100,00	887.820	100,00

Fonte : IBGE – Censo 2000

As instalações sanitárias revelaram uma situação precária no município, pois mais de 60% dos moradores ainda não possuíam rede geral, tendo que recorrer a outros tipos de instalação sanitária tais como fossa séptica (40,64%), vala (8,43%), fossa rudimentar (4,84%) e rio/lago/mar (4,53%). A situação quanto ao esgotamento sanitário entre as famílias cadastradas pelo PSF também é precária, 40,23% dos domicílios ainda não estão ligados à rede de esgoto (quadro 3). Os rios do município recebem grande carga de esgoto doméstico e as suas margem são ocupadas por habitações sem

segurança para seus moradores. Os mangues estão sofrendo um processo semelhante e sua destruição tem abalado o equilíbrio do ecossistema e facilitado as inundações.

Tabela 13 - Número de moradores segundo a forma de instalação sanitária, São Gonçalo (RJ), 2000

Instalação Sanitária	Urbana		São Gonçalo	
	N	%	N	%
Rede geral de esgoto ou pluvial	353.337	39,80	353.337	39,80
Fossa séptica	360.805	40,64	360.805	40,64
Fossa rudimentar	42.988	4,84	42.988	4,84
Vala	74.871	8,43	74.871	8,43
Rio, lago ou mar	40.197	4,53	40.197	4,53
Outro escoadouro	9.637	1,09	9.637	1,09
Não tem instalação sanitária	5.985	0,67	5.985	0,67
Total	887.820	100,00	887.820	100,00

Fonte : IBGE – Censo 2000

A coleta de lixo por serviço de limpeza direta ou caçamba atendia a maior parte da população (90,87%) em 2000, embora cerca de 6% do total de moradores ainda queimasse o seu lixo. O lixo recolhido pela Prefeitura tem como destino final o vazadouro de Itaoca, onde convivem catadores de lixo e alguns animais domésticos (em especial suínos). Além das deficiências ainda existentes no recolhimento do lixo, o vazadouro de Itaoca está localizado na Área de Preservação Ambiental de Guapimirim, constituída de manguezais e considerada, legalmente, de preservação permanente. O destino do lixo entre as famílias cadastradas pelo PSF revela uma situação satisfatória, pois 92,03% dos domicílios possuía em 2001 coleta pública de lixo.

Tabela 14 - Número de moradores segundo a forma de coleta de lixo, São Gonçalo (RJ), 2000

Coleta de Lixo	Urbano		São Gonçalo	
	N	%	N	%
Coletado por serviço de limpeza	784.479	88,36	784.479	88,36
Coletado por caçamba de serviço de limpeza	22.287	2,51	22.287	2,51
Queimado (na propriedade)	50.862	5,73	50.862	5,73
Enterrado (na propriedade)	553	0,06	553	0,06
Jogado em terreno baldio ou logradouro	24.226	2,73	24.226	2,73
Jogado em rio, lago ou mar	3.983	0,45	3.983	0,45
Outro destino	1.430	0,16	1.430	0,16
Total	887.820	100,00	887.820	100,00

Fonte : IBGE - Censo 2000

Quadro 3 - Características dos domicílios das famílias cadastradas pelo PSF, São Gonçalo (RJ), 2001

Situação	2001	
	Nº	%
Tipo de Casa		
Tijolo / Adobe	19.629	97,41
Taipa revestida	344	1,71
Taipa não revestida	89	0,44
Madeira	31	0,15
Material aproveitado	9	0,04
Outros	40	0,20
Abastecimento de Água		
Rede Pública	17.051	84,62
Poço ou nascente	2.450	12,16
Outros	485	2,41
Tratamento de Água no Domicílio		
Filtração	14.610	72,51
Fervura	471	2,34
Cloração	1643	8,15
Sem tratamento	3.086	15,32
Energia Elétrica		
Casas cobertas	19.263	95,60
Destino do Lixo		
Coleta pública	18.544	92,03
Queimado / enterrado	710	3,52
Céu aberto	332	1,65
Destino de Fezes / Urina		
Sistema de esgoto	11.731	58,22
Fossa	5.685	28,21
Céu aberto	2.422	12,02
Total de domicílios	20.142	100,00

Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde / COSAC DATASUS – SIAB

III.3 - HISTÓRICO POLÍTICO-ECONÔMICO DO MUNICÍPIO

O distrito de São Gonçalo foi desmembrado do município de Niterói em 22 de setembro de 1890, através do decreto do Governo da província nº 124, sendo o novo município constituído pelas freguesias de São Gonçalo, Itaipu e Cordeiro. Porém pouco depois pelo Decreto nº 1 de 8 de maio de 1892 foi suprimido o município de São Gonçalo, reincorporando-se ao município de Niterói pelo breve período de sete meses, sendo novamente restaurado como município, definitivamente, pelo Decreto nº 34 de 17 de dezembro de 1892.

São Gonçalo passou por diversas fases e atividades econômicas (Reznik, 2003). Seu primeiro ciclo econômico foi o cultivo da cana-de-açúcar associado à lavoura do milho e à criação do gado bovino.

No começo do século XX, o Rio de Janeiro estava envolvido com a cultura do café, e São Gonçalo, tendo relação com a metrópole, também produzia este cultivo, além de outras culturas, sendo estas para subsistência.

O café, grande produto exportador do Brasil, fazia com que São Gonçalo progredisse, já que trazia lucro e o município tinha muitas terras a serem plantadas.

Porém, com a descoberta de terras altamente férteis para o cultivo do café em São Paulo, praticamente toda a produção foi deslocada para aquela área e o Rio de Janeiro passa a investir em outros tipos de cultivo. Isto também ocorre em São Gonçalo, que deixa de plantar cafezais e inicia um outro tipo de cultivo: o da laranja. Como também, em menor escala, o limão, a manga e a banana.

Com a crise do café, o qual era cultivado em grandes fazendas que controlavam grandes extensões de terra, novos proprietários adquirem as propriedades desvalorizadas

por preços insignificantes e implantam as chácaras de laranja. Isso acarretou a subdivisão das terras e o parcelamento dos solos, bem como um relativo crescimento urbano nas áreas próximas à ferrovia.

Mendes (2003) demonstra que com a expansão da produção cítrica, no período entre 1910 e 1940, São Gonçalo tinha farta oferta de trabalho no campo, já que a citricultura estava em alta no mercado nacional e também no mercado internacional.

O plantio da laranja permitiu um intenso fluxo migratório para São Gonçalo. Mas outros fatores também confluíram para o crescimento populacional da cidade neste período: as proximidades com a ferrovia, o fácil deslocamento para a cidade do Rio de Janeiro, as obras federais de saneamento realizadas na área, a construção de residências para assegurar a moradia dos trabalhadores do campo.

Porém, no período de 1940, este quadro começou a ser modificado. Machado (2002) mostra que com a crise instalada a partir da Segunda Guerra Mundial, um grande número de proprietários inicia a venda das terras em função da decadência da citricultura, dando margem à implantação dos loteamentos urbanos.

Em todo país, as áreas agrícolas estavam sendo ocupadas pelo capitalismo moderno (lógica capitalista moderna) – penetração do capitalismo no espaço agrário, pelos grandes latifundiários que tinham como objetivo produzir insumos para exportação ou utilizar as terras como fonte de renda para vender a preços elevados em função do processo de urbanização então em curso no país.

Assim, as plantações deixaram de dar lucro e os pequenos e médios proprietários de São Gonçalo foram obrigados a vender suas chácaras, como forma de loteamentos ou para grandes fazendeiros, abrindo espaço para grandes transformações espaciais na área.

Os estudos sobre o município neste período mostram que as terras existentes em São Gonçalo tendiam a uma demanda: O loteamento para a aceleração da urbanização (Silva,2001; Mendonça,2000). Os loteamentos implicaram uma profunda transformação social na área. Pessoas de diferentes partes do estado começaram a vir para o município em busca de moradia (passa então a ser considerada *cidade-dormitório*) e uma nova opção de vida.

Uma outra consequência gerada pelo fracionamento e arrendamento das chácaras foi a abertura de um mercado próprio, independente do trabalho agrícola gerando toda uma estrutura em torno da implantação dos loteamentos, como estradas, serviços etc. (Mendes, 2002)

Segundo Mendonça (2000), entre as décadas de 40 e 50, o campo industrial se projetou ativando o desenvolvimento da cidade. Este desenvolvimento industrial do município deve ser compreendido no contexto maior do impulso à industrialização do país.

Já na década de 30 começam a surgir as primeiras indústrias em São Gonçalo, mas é a partir de 40 que se alavanca o desenvolvimento industrial do município, destacando-se o seu parque industrial como um dos mais prósperos do estado (Reznik, 2003; Machado, 2002)). São Gonçalo ocupa então lugar de relevância na economia do estado e por isso conquista a alcunha de “*Manchester fluminense*”. Segundo dados estatísticos de 1954, São Gonçalo possuía 70 fábricas, atuando no campo da metalurgia, transformação de material não-metálico (cimento, cerâmica e outros), químico, farmacêutico, papelão, papel e produtos alimentícios (destacando-se a indústria do pescado enlatado como uma das mais importantes do país).

Machado (2002) mostra que a dinâmica apresentada pela indústria gonçalense mostra que São Gonçalo estava inserida no contexto do processo de modernização do país iniciado no período Vargas, cujo objetivo era, como sabemos, que a economia nacional deixasse para traz a sua vocação agroexportadora e se consolidasse como país urbano-industrial.

Mas o progresso industrial de São Gonçalo não pode ser feito apenas com a população local, daí a enorme afluência de pessoas oriundas de outras partes do estado e mesmo do antigo Distrito Federal para São Gonçalo à época, conforme mostram os estudos de Mendes (2002) e Mendonça (2000).

Lago (2000) mostra como este processo migratório da cidade do Rio de Janeiro em direção aos municípios do em torno acompanha a instalação de indústrias nestes municípios:

A década de 50 marcou o período de consolidação do processo de metropolização através da intensificação do mercado de terras nos municípios periféricos. A periferia metropolitana apresentou o mais alto crescimento populacional de sua história: 7,3% ao ano. Tal explosão demográfica resultou do enorme afluxo de migrantes que até então buscaram se fixar prioritariamente na capital (2000:70).

As ferrovias e a antiga rodovia que, partindo do centro de Niterói, dirigiam-se para o interior do estado através de São Gonçalo, facilitaram a localização das indústrias ao longo dos seus traçados, assim como o desenvolvimento urbano deste trecho Niterói-São Gonçalo (Machado, 2002).

Vários fatores concorreram para que a localidade se tornasse um dos municípios de maior progresso econômico do estado no referido período. Podemos destacar entre tais fatores a sua localização geográfica que implicava uma enorme facilidade para o

escoamento da produção, a proximidade com os mercados consumidores, principalmente a cidade do Rio de Janeiro, e com as matérias-primas utilizadas como fontes abastecedoras das indústrias locais.

É neste contexto de dinamismo econômico em São Gonçalo que surge no cenário político local um grande líder político cujos feitos marcaram profundamente a história política do município e cuja relevância está presente até os dias de hoje. Trata-se de Joaquim de Almeida Lavoura, cujo primeiro mandato como prefeito do município inicia-se em 1955, tendo exercido antes dois mandatos na Câmara de Vereadores local. Foi reeleito prefeito mais duas vezes, tendo feito seus sucessores após cada um dos seus mandatos. Foi também deputado estadual eleito pelos votos do município. Coordenou a política local durante 20 anos.¹⁹

Além da sua própria consagração nas urnas, todos os candidatos apoiados por Lavoura eram eleitos com expressivo números de votos a cada eleição.

Tal ascendência sobre a política local conformou o que ficou conhecido como “*lavourismo*”.

Depoimento de importante personalidade política local atesta a força do personagem Lavoura:

“Eu considero Joaquim Lavoura a maior figura política que São Gonçalo conheceu, porque São Gonçalo apresenta duas fases: o antes e o após Lavoura. E, na fase anterior à Lavoura, era um município em que as pessoas tinham vergonha de dizer que haviam nascido em São Gonçalo, que moravam em São Gonçalo. A primeira preocupação do gonçalense era dizer que morava em Niterói. Nós éramos vistos como quintal de Niterói. Essa imagem, esse modo de pensar só foi modificado após a

¹⁹ Eleito inicialmente pelo PTN, Lavoura depois filia-se à ARENA durante a ditadura militar. Ele porém não chega a finalizar o terceiro mandato de prefeito, pois vem a falecer após dois anos no exercício do cargo em 1975.

chegada do Lavoura, que inaugura uma nova fase política e administrativa em São Gonçalo."

Em verdade, a ação política de Joaquim Lavoura está intrinsecamente relacionada às transformações sofridas pela cidade naquele período. As ações desenvolvidas durante sua gestão estão em sintonia com as políticas públicas transformadoras do cenário público implementadas na época, contexto em que se fazia necessário conformar uma São Gonçalo moderna, urbanizada, em consonância com seu posto de centro industrial.

Deste modo, se realizam durante o período intensas obras de modernização urbana, modificando profundamente a paisagem local. Abrem-se novas e modernas vias ligando pontos estratégicos do município, percurso até então só possível de bonde. O poder público também investiu na pavimentação e alargamento de vias já existentes mas que por suas condições precárias tornavam a viagem longa em demasia. Com essa intensa modificação do traçado das ruas e avenidas, inclusive tornando necessária a demolição de casas, pontes e trilhos de bonde, modifica-se toda a face do município, criando-se novas rotas de circulação.

Além desta “revolução urbanística”, também são construídas outras obras consideradas essenciais à estrutura de serviços do município como o novo prédio do pronto socorro, a maternidade do hospital Municipal Luiz Palmier, o cemitério, a usina de asfalto, bem como algumas das principais escolas municipais (Reznik, 2003).

Assim é que o prefeito Lavoura, grande líder no comando político do município neste contexto de transformação, é reconhecido como grande administrador, político empreendedor, cuja imagem ultrapassa até mesmo os limites do território gonçalense e

passa a ser reconhecida até junto ao governo do estado e em outros meios políticos mais amplos.

Podemos compreender o fenômeno Lavoura em São Gonçalo como expressão local de um fenômeno mais amplo que surge na política brasileira por volta da década de 50 – o *populismo*, cujas bases são na perspectiva de Carvalho (2000):

“Falando do ponto de vista sociológico, o populismo surgiu quando dois fenômenos, um social, outro político, confluíram na década de 50: o forte movimento de urbanização e a acelerada extensão do direito de voto. Grandes massas de novos eleitores ficaram disponíveis como clientela de lideranças políticas sensíveis à nova realidade” (2000:23).

A característica que marca o populismo (tanto na sua versão à direita quanto à esquerda) é a relação direta entre os líderes e as massas, ainda que esta relação possa variar ao longo do tempo, podendo ser maior o grau de clientelismo, paternalismo e carisma em presença.²⁰

Neste sentido, a essência do fenômeno populista está no *personalismo*, na relação direta líder e massa, relação que tem como requisitos o elemento messiânico, a esperança de salvação coletiva depositada nas mãos de indivíduos vistos como dotados de dons especiais (Carvalho, 2000).

Lavoura reúne com punjança todos os requisitos necessários a um líder populista como mostra o depoimento de um político local:

²⁰ A onipresença do populismo e também do clientelismo como fenômenos políticos prevaescentes no Brasil já foi amplamente discutido na literatura. Podemos destacar aqui os trabalhos de Diniz (1982) para a compreensão destes fenômenos na política fluminense e de Carvalho (2000) para quem estas modalidades de intermediação política estão enraizados em práticas e valores seculares entre nós, cujas raízes extravazam as condições sociológicas de seu surgimento e se vinculam a um traço cultural mais profundo de nossa identidade.

“ Somente com Lavoura se cumpre a promessa de todos os prefeitos anteriores: a construção da via que iria ligar o Alcântara até o Barreto (bairros extremos do município só ligados até então por bonde) e isto constitui um grande desafio. Foi com essa obra que seria o administrador imortalizado dadas as dificuldades para sua realização... Assim ele passa a conquistar as pessoas pelo trabalho, pelo respeito... ainda como vereador ele começa a reivindicar pela população, e o meio que ele encontrou foi arranjar um trator, ele mesmo operando o trator saía abrindo rua dentro de São Gonçalo, aí ele começa a ganhar a simpatia da população.”

Aqui pode-se detectar com clareza adjetivos relevantes que fizeram de Lavoura o grande líder populista em São Gonçalo: o político iluminado que reivindica pela população, tem grande capacidade de realização e utiliza tal habilidade em favor do povo. O messianismo, característica central dessa forma de intermediação política, opera aqui na sua plenitude.

Lavoura não era filho de família ilustre, mas vindo de origem simples. Sua família era de pescadores, ele mesmo havia sido pescador. Possuía pouca instrução formal, tendo cursado somente as quatro primeiras séries do ensino fundamental (o antigo ensino primário). Sua baixa escolarização chega mesmo a ser empecilho a sua primeira candidatura a prefeito que seria pelo PSD, seu partido como vereador. Mas o PSD, que era uma das mais importantes legendas da época, não aceitou o lançamento de seu nome porque o encarava como um analfabeto. Ele então sai do partido e se candidata pelo PTN, um partido considerado pequeno, frente aos dois grandes partidos da época: PSD e PTB.

A trajetória política de Lavoura mostra que sua vocação para grande líder é reforçada mesmo por sua biografia, que impõe dificuldades que precisa vencer para

alçar postos mais elevados. Assim, sua origem pobre o aproxima do povo e sua perseverança e capacidade de superação das “desvantagens” impostas por esta condição o qualifica ainda mais para “guiar o povo”, “fazer por ele”.

Durante o período de vigência do *lavourismo*, Lavoura sempre enfrentou oposição. Diante da sua força política, os outros partidos formavam amplas frentes para enfrentá-lo, mas não conseguiam derrotá-lo, tamanha era sua popularidade.

Mas o *lavourismo* não sobreviveria muito tempo à morte do líder ocorrida em 1975. Apesar do “grupo” Lavoura ainda se manter no poder municipal até 1988, os seus “discípulos” não detém o mesmo carisma, embora tenham sido eleitos como seguidores dos métodos e “valores” difundidos por Lavoura – *trabalho e honestidade*.

Neste contexto, a economia local entra em uma fase de franco desaquecimento, em função da própria decadência da economia fluminense iniciada após a transferência da capital federal para Brasília e também por razões internas à localidade.

A indústria pesqueira, uma das principais do município, sofre grandes perdas com a poluição da Baía de Guanabara e seu assoreamento. Também grande parte das outras fábricas existentes foram fechadas e transferidas (restam na cidade até os dias de hoje “esqueletos abandonados” das grandes fábricas) para outras localidades, que ofereciam melhores condições locais, evitando os custos da aglomeração metropolitana. Vive-se neste momento, portanto, uma intensa e rápida desindustrialização do município com repercussões profundas sobre o setor de serviços e sobre a economia municipal como um todo (Mendonça, 2000).

Esse processo de perda de dinamismo da economia gonçalense coincide com o período de desindustrialização e conseqüentes perdas econômicas das grandes metrópoles brasileiras. E a economia fluminense apresenta os piores índices entre as

regiões metropolitanas do país, apresentando índices que mostram claramente a sua decadência. Enquanto o PIB do Rio de Janeiro apresentou declínio absoluto de cerca de 10% entre 85 e 80, o PIB brasileiro aumentou, embora com taxas decrescentes, de aproximadamente 6,5% (Santos, 2003 :123).

Este quadro negativo da economia fluminense é agravado pela crise do modelo desenvolvimentista que, erigido no país na década de 50, tinha como pilares de sustentação o desenvolvimento, impulsionado pelo Estado centralizado, da industrialização acelerada, da infra-estrutura urbana e o investimento nos setores básicos da economia. Com a inviabilização deste modelo de desenvolvimento, as cidades passam a sofrer com a perda da capacidade do Estado de comandar o planejamento das cidades e com a perda do apoio financeiro do poder central.

III.4 - 1989: Novo Ciclo na Política Local

A partir do final da década de 80, a cidade começa a viver uma nova fase política. As eleições de 1988 se tornaram um marco político, pois pela primeira vez na história municipal um partido político de orientação mais à esquerda ganha as eleições, rompendo com a tradição conservadora que durante muito tempo foi dominante em São Gonçalo. A eleição de Edson Ezequiel (1989-1992) para a prefeitura de São Gonçalo pelo PDT (apoiado por outros partidos), em 1988, representou uma ruptura com a hegemonia do grupo Lavoura, marcado por seu caráter populista e conservador. Ezequiel então representa uma direção mais progressista para a política local.

Nesta conjuntura, o estado do Rio de Janeiro tinha o PDT e seu maior representante, Leonel Brizola, como grande força política naquele momento. Aqui no

Rio de Janeiro e em outros estados há uma grande euforia em torno dos governadores de oposição eleitos em 1982, cujos partidos ou frentes partidárias passam a comandar politicamente muitas cidades dos respectivos estados.

No Rio de Janeiro, São Gonçalo, como outras cidades de grande porte populacional da Região Metropolitana, passa a ser vistas como localidades estratégicas para a consolidação da força política desses partidos e de suas lideranças.

Este novo grupo que passa a governar o município tem como plataforma política o investimento voltado para urbanização e melhoria dos serviços básicos já que os investimentos feitos nas décadas anteriores estavam voltados para alguns pontos estratégicos que favoreciam o desenvolvimento industrial do município. Entretanto, o crescimento populacional de São Gonçalo mantém taxas consideráveis ao longo de todo o período conforme atestam os estudos que focalizam a dinâmica populacional da área metropolitana do Rio de Janeiro:

“A metrópole do Rio de Janeiro, com um crescimento populacional médio de 1% ao ano, apresentou significativa diferenciação interna, ao abrigar áreas em acelerado processo de expansão e outras com perda absoluta de população. Verifica-se nos anos 80 a consolidação da tendência já em curso nos anos 70 de esvaziamento das áreas centrais, a consolidação de determinadas áreas da periferia e o crescimento significativo de outras...os municípios de Itaboraí, Itaguaí, Maricá e São Gonçalo apresentaram altas taxas, superiores a 2%, caracterizando-se na década de 1980, como municípios receptores de fluxo populacional” (Lago, 2000:165).

Segundo a autora, alguns distritos de São Gonçalo (São Gonçalo, Monjolo, Ipiíba) e do município de Itaboraí constituem em conjunto uma das seis grandes áreas

de expansão²¹ da região metropolitana, que com um incremento de 180 mil pessoas representou 18% do incremento total da metrópole na década de 80.

Tais deslocamentos populacionais, centrados basicamente nos deslocamentos intrametropolitanos, já que o Rio de Janeiro deixa de ser desde os anos 60 pólo de atração externa dado o seu declínio econômico, se consolidam como um processo de “periferização”, no qual São Gonçalo aparece como uma localidade de forte atração em função da sua localização próxima a Niterói e Rio de Janeiro e dos baixos custos dos aluguéis nas áreas de loteamento que crescem desordenadamente, sem infra-estrutura de saneamento, habitação, transporte, saúde, educação, lazer etc.

Este fenômeno demográfico tem também repercussões relevantes sobre a cultura e a identidade local como explicita o depoimento do secretário municipal de educação do município ao relatar um debate entre intelectuais da cidade:

“São Gonçalo havia completado no ano anterior (1990), no dia 22 de setembro, o centenário de sua emancipação política, evento que passara praticamente despercebido, e o tema da conversa girava em torno da profunda crise de auto-estima que atingia a sociedade gonçalense. Cada um dos presentes procurava explicar o inquietante fenômeno. Embora as hipóteses levantadas não fossem plenamente coincidentes, um ponto era comum: a auto-estima baixa era decorrência de uma perda aguda de identidade, gerada por um boom populacional que multiplicara por oito em apenas quatro décadas o número de moradores da cidade. São Gonçalo perdera a

²¹ Lago mostra que para se ter um quadro mais realista da dinâmica populacional da região é preciso analisar os dados demográficos num escala menor que o município uma vez que se identificam dinâmicas diferenciadas no interior dos municípios. As áreas de expansão extrapolam os limites institucionais dos municípios, abrangendo um conjunto de áreas contíguas, situadas em municípios distintos. Apesar desse aumento em algumas áreas, os dados mostram que a Região Metropolitana do Rio de Janeiro como um todo, já mostrava nos anos 70 uma baixa taxa de crescimento (2,4% ao ano), apresenta taxa ainda menor nos anos 80 (1,0% ao ano). Mas a Região metropolitana ainda concentra 77,9% da população do estado em 80, com ligeira queda para 76,6% em 1991(pp. 163-164).

noção de suas raízes. O Gonçalense desconhecia sua realidade e, como ninguém pode amar o que não conhece, nutria grande despreço por sua cidade” (Reznik, 2003).

Assim, este novo grupo que ascende ao poder no município elege-se em meio à atmosfera de mudança postas pela própria conjuntura política que o país vive ao longo da década de 80: governadores de oposição eleitos em 1982; as eleições de 1985 para as capitais onde vários prefeitos de oposição também se elegem, a promulgação da Constituição de 1988 com a reafirmação das liberdades democráticas e dos direitos sociais após duas décadas de ditadura.

No plano local, para além destas palavras de ordem era necessário dar respostas a um grande déficit de equipamentos urbanos e serviços sociais existente no município.

Este grupo manteve-se no poder municipal durante três mandatos somando 12 anos no comando da política local. Após o primeiro mandato, Ezequiel consegue eleger para sucedê-lo seu chefe de gabinete João Bravo (1993-1996). Em 1996, Ezequiel foi eleito para o seu segundo mandato que se estenderia até 2000, quando é derrotado pelo candidato da oposição Henry Charles (PMDB).

Embora, em linhas gerais, possamos tomar este período como um período de continuidade na política local, a rigor, a própria competição eleitoral impõe que as diferenças entre aliados se manifestem.

Assim ainda que o prefeito João Bravo tenha sido eleito com o apoio de Ezequiel e para dar continuidade a seu projeto político no município, esse apoio só se manteve durante os primeiros dois anos do governo Bravo. Durante este primeiro biênio, Bravo mantém inclusive o mesmo secretariado da gestão Ezequiel, mas as divergências logo viriam a se exacerbar.

Neste sentido, é ilustrativo o depoimento de uma liderança política do município:

“Politicamente ele (João Bravo) estava nesta relação de forças junto com Ezequiel e sua esposa, Graça Matos, que era deputada estadual. Mas foram chegando certos momentos em que ele quis dar passos próprios e se viu muito engessado, aí ele fez o rompimento com Ezequiel.. e nisso que romperam ele sabia que estava fadado ao fracasso, que ele não sobreviveria sem o apoio do Ezequiel e Graça Matos, que já era deputada reconhecida e também tinha muito poder. Ele ficou ilhado, teve que fazer mudanças no secretariado, demitiu alguns secretários e manteve outros cargos de confiança de Ezequiel no governo dele e essas pessoas lá permaneciam muito mais para passar informação, mas não eram fiéis àquela proposta ali... Ezequiel diz que foi traído, em todo discurso de Ezequiel ele falava muito que foi traído por João Bravo, que ele fez o João Bravo e João Bravo o traiu “.

O fato é que o governo Bravo terminou com baixíssima aprovação popular, com denúncias de desvio de recursos, problemas graves nas áreas de saúde, limpeza urbana e salários de servidores atrasados durante vários meses, além de inúmeras obras inacabadas.

Em 1996, Ezequiel sai vencedor das eleições municipais novamente e reassume o controle da prefeitura. Articula-se no decorrer do seu mandato com uma nova e forte liderança política do PDT e do estado do Rio – o governador Antony Garotinho, que permite que São Gonçalo passe a fazer parte da agenda de várias obras prioritárias do estado, como a urbanização do Jardim Catarina (bairro gonçalense considerado o maior loteamento da América Latina), assim como diversas obras de saneamento e ampliação da rede de água em vários bairros, entre outras.

Com efeito, em termos gerais os indicadores mostram que as áreas periféricas passaram a receber mais investimentos. Marques (1998) mostra através de seu estudo, se a década de 80 pode ser considerada a década perdida no campo macroeconômico, ela é “ganha” nos investimentos urbanos, ainda que estes estejam longe do ideal e dos investimentos feitos ao longo de várias décadas nas áreas centrais.

O autor reitera que, a descoberta no campo das políticas públicas da existência mesmo precária de serviços nas áreas consideradas periféricas demonstra a necessidade de um novo arsenal metodológico que em vez de insistir na existência de uma carência total, consiga medir a carência relativa e a qualidade dos serviços.

A análise da conformação do poder político no município exige que também tomemos como foco o comportamento da Câmara Municipal durante o período, mormente na sua inter-relação com o Poder Executivo Municipal.

Durante os governos pedetistas, o prefeito sempre manteve a maioria na Câmara, em torno de 13 a 14 vereadores filiados ao próprio PDT e outros a outras legendas favoráveis à situação. Não havia nenhum mandato de oposição.

São Gonçalo, município composto por bairros carentes de infra-estrutura urbana, com alta densidade populacional constituídas por considerável percentual de famílias de baixa renda (renda *per capita* média 1,14 salários mínimos segundo dados divulgados pelo IBGE) constitui campo fértil para a ação clientelista dos políticos locais.

Uma acordo entre o Executivo e o Legislativo locais “loteia” os cinco distritos que compõe o município em áreas, onde cada uma destas áreas está sob influência de um vereador e todas as obras realizadas e serviços prestados naquele “território” são atribuídas ao “trabalho” do vereador da *área*, ao seu empenho junto ao prefeito em favor da localidade.

Como contrapartida, os vereadores garantem o seu apoio para aprovação na Câmara dos projetos de interesse do Prefeito.

Kushnir (2000) mostra como a relação dos moradores com os parlamentares produz um corte espacial e simbólico particular na cidade. A noção de *área* é utilizada quando se discute competição entre candidatos, estratégias e obtenção de votos. A *área* é o lugar onde realiza o *trabalho* e onde se vai buscar o resultado eleitoral. Assim, quanto maior a correspondência entre os votos esperados e os votos obtidos, maior a confirmação de que o candidato – agora parlamentar eleito – é o “*candidato da área*”.

Porém ser associado a uma *área* não significa apenas se beneficiar dessa reputação antes ou depois do período eleitoral. Como contrapartida ao reconhecimento de sua posição, o *vereador* ou *deputado da área* têm por obrigação estar sempre presente ouvindo e atendendo as reivindicações dos moradores (Kushnir, 2000:71).

Mas com a realização dos pleitos municipais a cada quatro anos, as áreas se tornam objeto de disputa permanente e que se acirra nos meses próximos as eleições. Em São Gonçalo, a disputa por uma determinada *área* da cidade já chegou a provocar um crime político em função da tentativa de “invasão” de um pré-candidato a uma área de ação de um vereador eleito.²² Embora este tenha sido um caso extremo, podemos inferir daí a dimensão assumida pela disputa pelo domínio político das áreas no município.

Nas grandes metrópoles, encontramos tanto parlamentares que enfatizam a votação concentrada quanto os que se apresentam como parlamentares da cidade, rejeitando a concepção de mandato “bairrista”, regionalizado. Nas cidades de menor

²² Segundo reportagem publicada 03/08/2003 no Jornal O DIA, a política em São Gonçalo assume proporções explosivas. Em 2003 dois vereadores foram assassinados em atentados, além de outro que morreu após levar 5 tiros em 1998 (ele havia sido o vereador mais votado em 1996). Além disso, o Ministério Público iniciou uma investigação para averiguar possível envolvimento de políticos locais com o tráfico de drogas, contrabando de armas, corrupção, homicídio e enriquecimento ilícito.

relevância política, sobretudo naquelas onde o déficit de investimento do poder público é marcante como é o caso de São Gonçalo, podemos dizer que prepondera, com raríssimas exceções, o parlamentar que se coloca como representante de localidades, bairros e setores específicos da cidade dada a sua ação de mediador entre os moradores e o poder público, função viabilizada por influência nos órgãos públicos e sua capacidade de superar os concorrentes.

Os vereadores de São Gonçalo mantêm também entidades de prestação de serviços nas comunidades sob sua ascendência política. Tais entidades são os chamados “Centros Sociais” ou “Fundações”²³ que levam o nome do respectivo político e cuja lógica de funcionamento consiste em “intermediar” o acesso do morador aos serviços municipais. Assim, a pessoa recorre à Fundação de determinado vereador, sai de lá com um “encaminhamento” para procurar uma determinada pessoa no serviço público que é “ligada” aquele político, assim ela consegue com maior rapidez a vaga na escola, o remédio, o exame, etc. Algumas destas entidades mantêm também serviço de ambulância para transporte de doentes até a emergência municipal.

Este esquema é possível em função de que os vereadores controlam cargos públicos estratégicos situados na sua base eleitoral – profissionais da escola, do posto de saúde e de outros órgãos municipais existentes na área.

Um outro recurso mobilizado pelos vereadores locais são as bolsas de estudo em escolas particulares situadas no município com as quais a prefeitura celebra convênios para expansão de vagas, ou mesmo, as próprias escolas “doam” para os políticos um

²³ Reportagem do Jornal O Dia de 23/11/2004 mostra que o Centro Social transformou-se no maior cabo eleitoral do país nas últimas eleições (2004), passando a ser inclusive matéria de debate da Comissão de Constituição e Justiça da Câmara Federal. No Rio de Janeiro dos 55 vereadores eleitos, 32 possuem Centro Social e em São Paulo 40 dos 55 mantêm este tipo de instituição. O que está no centro deste debate é o fato de que o parlamentar dono de centro social (que inclui não só vereadores, mas também deputados e senadores), via de regra, não está preocupado com os grandes temas nacionais, regionais ou da sua localidade, mas com o carreamento de verbas públicas para sua instituição.

certo número de vagas e eles as distribuem a sua clientela e, em troca, a escola passa a ter facilidades junto à prefeitura.

Essa estrutura de poder que une Executivo e Legislativo no município é assim analisada por uma liderança política local de oposição:

“Então tem todo um esquema que não custa nada para o político. Ele não investe um real e recebe suas vantagens e ainda divulga seu nome. E até quando a oposição, que é o PDT, ocupa o poder aqui em São Gonçalo, não difere, negocia com os vereadores essa troca de interesses, onde os vereadores recebem vantagens e tem loteamento definido e passa a ser muito mais poder Executivo do que Legislativo, porque se tornam tocadores de obras”.

Aqui, a despeito das peculiaridades que tornam a experiência do município de São Gonçalo singular, podemos encontrar aí explicitados dois fatores que são dominantes nos parâmetros institucionais da ação parlamentar no país e que estão intimamente relacionados entre si.

O primeiro é que a estratégia básica que media a relação entre os poderes é o *governismo*, isto é, apoiar o governo em troca da transferência de recursos sob controle do Executivo para suas bases eleitorais. E há, na análise desenvolvida por Castro (1998), fortes incentivos institucionais para que isso ocorra: a concentração de poderes de execução orçamentária e de promoção política nas mãos do Executivo, o baixo custo eleitoral da infidelidade partidária e o baixo grau de controle por parte do eleitorado.

De outro lado, além da tendência ao *governismo*, modulam também a atividade parlamentar, os parâmetros individualistas, já que com nossas características institucionais, os partidos políticos não constituem, via de regra, um parâmetro de ação prioritária para os parlamentares. Para estes o objetivo primordial é a reeleição e os

ganhos obtidos através do apoio à coalizão governista podem mais eficazmente viabilizar esse objetivo. Neste contexto, a estratégia dominante dos parlamentares é individualista quanto à forma, contopondo-se a uma estratégia partidária, que levaria ao fortalecimento do partido e busca da ascensão na sua hierarquia.

Deste modo, os parlamentares não agem partidariamente porque os partidos são fracos e, os partidos são fracos porque os parlamentares não agem partidariamente. Para Castro, embora esta retroalimentação exista, a segunda proposição prima sobre a primeira, uma vez que os agentes escolhem agir numa situação de partidos fracos, pois esta condição lhes permite satisfazer a contento seus interesses (1998:18). Não há, portanto, interesse dos parlamentares no fortalecimento dos partidos, porque isto representaria reduzir o grau de permissividade institucional imperante. Ressalte-se que é principalmente no nível local que tal permissividade se desenvolve em toda a sua extensão.

Ao atuar segundo esta lógica, a Câmara perde sua importância como *locus* de debate político, além de ter diminuído o seu papel no processo decisório. Ao participarem “coalizão fisiológica de governo”, os parlamentares abrem mão de suas funções de controle e veto sobre as políticas governamentais.²⁴

Neste caso, ao analisarmos a atuação do Legislativo local em face do Executivo e na sua relação com os partidos políticos, vê-se claramente como as instituições histórica e socialmente construídas afetam as estratégias, as metas dos atores, a

²⁴Ocorre a partir da Constituição de 1988, uma ampliação das competências do Legislativo, que passa a ter capacidade decisória em muitas questões que antes lhe eram vetadas, como a modificação da Lei Orçamentária. Também foram extintos os mecanismos do decreto-lei (permitia ao Executivo legislar sem a necessidade de aprovação parlamentar) e do decurso de prazo (possibilitava a aprovação automática de projetos de lei de autoria do Executivo que não fossem apreciadas dentro de certo prazo). Com isso, o Executivo passou a depender do Parlamento para aprovação de inúmeras medidas para a condução do governo, embora no nível federal, ainda tenha mantido uma razoável competência legislativa através do recurso às medidas provisórias. Sobre os impactos destas mudanças no processo governativo ver Lima Júnior (1993), Couto (1995) e Costa e Oliveira (1998).

distribuição de poder entre eles e os resultados em termos de decisões políticas, conforme enfatizado por Steinmo e Thelen (1994).

Por outro lado, a ação da Câmara mostra também que não se pode conceber apenas as instituições enquanto padrões modeladores da ação dos atores, seus interesses e estratégias e a distribuição de poder entre eles. Assim, embora as instituições sejam centrais à medida em que constroem e refratam a política, a ação dos atores também afeta decisivamente os resultados da política.

Também do ponto de vista da responsabilidade política, este “sistema” mostra seu veio negativo, já que o apoio dos parlamentares ao prefeito não é sinônimo de responsabilidade pelo desempenho do governo, uma vez que esse apoio não tem por base o conteúdo das políticas governamentais, mas sim o atendimento de demandas específicas e particularistas (Pralon e Ferreira, 1998).

Analisando os discursos proferidos na Câmara de São Gonçalo no início da nova legislatura após a saída de Ezequiel do governo no ano de 2000, vê-se com clareza a manifestação deste fenômeno. Muitos dos discursos proferidos por vereadores reeleitos, e que prestaram seu apoio para aprovação dos projetos daquele prefeito, culpabilizavam-no por inúmeras mazelas causadas pelos equívocos e omissões do poder público municipal. Os problemas “denunciados” vão desde problemas relativos à coleta de lixo, precariedade na assistência à saúde, debilidades do transporte municipal até denúncias de improbidade administrativa.

Identifica-se nestes discursos duas questões: Primeiro, uma flagrante irresponsabilidade política ou, no mínimo, uma baixíssima responsividade em um contexto onde o Legislativo divide com o Executivo um papel de centralidade no processo decisório municipal. E, em segundo lugar, fica claro já no início da gestão de

oposição ao governo anterior, já que não de reelege em 2000, um ensaio para a adesão ao novo governo visando a manutenção das benesses advindas do *governismo*.

Do lado do Executivo, há que se criar condições de governabilidade em um sistema presidencialista, multipartidário e fragmentado - como é o nosso - onde dificilmente um governo recém-eleito contará com a maioria absoluta no Parlamento. Diante deste quadro, os prefeitos recorrem frequentemente a duas estratégias: ou opta pela construção de uma maioria estável através da distribuição de cargos e/ou recursos clientelistas, ou por negociar pontualmente projetos do seu interesse, oferecendo aos parlamentares algumas vantagens como por exemplo, a liberação de recursos para suas bases eleitorais e abstenção de veto por parte do Executivo (Castro, 1998).

Mas a atuação dos parlamentares também é afetada pelos chamados agentes externos: a opinião pública e os *lobbies*. Porém, neste quadro de lealdade ao governo, as pressões da opinião pública só chegam a colocar os parlamentares em situações de impasse nos casos em que a pressão da opinião pública é muito forte e então a cooperação com o governo possa afetar os objetivos de reeleição dos vereadores. Note-se que ao governo apoiado em uma coalizão fisiológica no Legislativo interessa tanto quanto possível resguardar o processo decisório da opinião pública.

No caso de São Gonçalo, vemos claramente esta estratégia sendo operacionalizada na medida em que os vereadores agem, como vimos, com o objetivo prioritário de ampliar os recursos para o atendimento de suas bases e, com isso, garantir a reeleição. Neste contexto, não interessa dar visibilidade ao processo decisório em si, mas sim dar publicidade ao empenho do vereador em prol dos interesses de sua *área*.

A literatura mostra que, nos casos onde este jogo de interesses foi abalado, o governo municipal tinha como meta uma gestão aberta à participação dos diversos

setores da sociedade no processo de definição e execução de diretrizes que orientam a ação do poder público, fazendo prevalecer o interesse público e reduzindo a possibilidade de apropriação clientelista dos recursos municipais (Souza,2001; Lesbaupin,2000 ; Bava, 1998). Nestes casos, a eleição de projetos prioritários e o atrelamento do orçamento à execução de tais projetos impôs a institucionalização de novas práticas político-administrativas.

Podemos citar como exemplo as experiências de alguns municípios com a implantação do Orçamento Participativo (OP) como um instrumento de democratização da gestão pública local mostra que na maior parte dos casos esta política não foi bem absorvida pelos representantes da Câmara municipal, uma vez que a implementação do OP prevê a criação de canais institucionalizados de intermediação entre sociedade e poder público no processo decisório de alocação de recursos públicos e isto altera a fórmula tradicional de elaboração dos orçamentos públicos locais, reduzindo a participação do Legislativo, o que reduz também os espaços para a utilização do orçamento como instrumento do clientelismo (Bochi, 1999; Souza, 2001).

Assim, embora saibamos que, a partir dos anos 80 muitos governos locais tenham introduzido mecanismos de incentivo à participação das comunidades no processo decisório das políticas locais, há que se qualificar a densidade e a qualidade desta representação. Na visão de Souza (2001) participação transformou-se na palavra mágica de todo projeto de governo local, perpassando todo o espectro político, dos conservadores à esquerda. Esta unanimidade justifica-se na medida em que a participação é pré-requisito para os financiamentos internacionais e para transferências intergovernamentais, além de contribuir para uma imagem positiva dos políticos na disputa por votos.

Para se qualificar a dimensão concretamente dada a tal consenso discursivo em torno da participação, é necessário responder a algumas indagações: em que medida esse discurso generalizado do virtuosismo da participação tem se transformado de fato em acesso do cidadão ao processo decisório local? Até que ponto o controle das informações e dos recursos pelo governo e pela burocracia local não transforma esta participação social em um processo controlado por membros do próprio governo? Estão os canais de participação da sociedade introduzidos na gestão local permitindo aos grupos sociais mais pobres influenciar o rumo das políticas, ou, ao contrário, tais espaços estão sendo “capturados” por agentes com maior capacidade de mobilizar recursos políticos e assim reproduzindo as ações políticas de corte clientelista?

No caso do município de São Gonçalo pudemos apurar que o mote da gestão participativa está presente no discurso de todas as forças políticas locais. Entretanto, a operacionalidade dada a esta dimensão da gestão municipal no caso presente está restrita a espaços e estruturas decisórias formatados e induzidas pelo governo. Os movimentos sociais locais e suas lideranças agem freqüentemente como meros legitimadores de uma gestão verticalizada e centralizadora.

Uma das principais entidades representativas da sociedade civil local (talvez a mais importante por sua abrangência e presença nos espaços que conformam a arena política municipal), a associação que congrega o conjunto das associação de bairros do município – a UNIBAIRROS - e suas lideranças funcionam muito mais como “braços” da Prefeitura e dos vereadores no interior dos bairros do que como entidade independente. Também no interior dos espaços decisórios colegiados – como os conselhos de saúde e de assistência social, o que prepondera é a entidade endossando as iniciativas do segmento governamental, ao mesmo tempo que demonstra escassa

capacidade de formular propostas edificadas sobre uma avaliação dos problemas vivenciados pela população, notadamente nos bairros mais distantes do centro e mais precários em termos de serviços.

Uma liderança política de oposição faz a seguinte análise sobre como esta questão se processa na localidade:

“ Como o povo já sabe que falta ética na política, e que ninguém tem proposta de melhoria da qualidade de vida do povo, o povo aprendeu a viver com isso, porque ele é usado o tempo todo. A oposição não consegue ter um discurso e uma prática que mostra alguma saída. Então fica o progressista falando em defesa da política pública, que para o povo isso não concretiza em melhorias, e fica aquele que até faz um discurso parecido conosco, porque eles (os políticos conservadores) copiam o nosso discurso, mas dando alguma coisa. É o momento em que o morador vai ter o muro da sua casa feito, a sua rua asfaltada, a puxadinha do cano para chegar a água...”

Aqui explicita-se com precisão as regras que condicionam a vida pública nas *comunidades não-cívicas* citadas por Putnam (1996), onde a política é hierarquicamente organizada e liga-se diretamente a vantagens pessoais.

Putnam enfatiza que o que difere a participação política nestas comunidades daquelas dotadas de civismo não é o grau de participação mas a qualidade desta participação, já que a natureza da política é distinta entre as duas. Nas regiões menos cívicas a participação é induzida pela prática do clientelismo, por relações verticais de autoridade e dependência e não por compromissos programáticos com as com as questões públicas. O autor mostra como esta forma preferencial de atuar dos líderes

políticos e da comunidade afeta negativamente o desempenho institucional do governo, mormente a sua capacidade de implementar políticas eficazes e reconhecidas.

As pouquíssimas exceções a esta forma de relacionamento com o poder público no município não logram ser reconhecidas como interlocutores válidos no âmbito sistema político local exatamente por colocarem-se contrários às relações verticais e clientelistas constituintes do exercício cotidiano do poder. Aqui podemos citar o Movimento de Mulheres de São Gonçalo, entidade local mais politizada e crítica, cuja lógica de atuação difere das demais existentes na cidade inclusive no tocante à compreensão do seu papel enquanto representante da sociedade civil.

No trecho abaixo transcrito de uma entrevista realizada com uma liderança deste movimento retrata esta concepção:

“No momento em que estávamos discutindo a implantação da LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) e a criação do Conselho Municipal de Assistência, ele (Prefeito João Bravo) chegou a escolher as entidades, o Movimento de Mulheres soube disso, marcou uma audiência com ele e, colocamos o seguinte: se ele insistisse na tentativa de entrar no campo dos usuários, nós acionaríamos o Poder Judiciário para respeitar-se a lei. Aí ele propôs um acordo...”

Após este episódio, o Movimento de Mulheres ocupou durante quatro anos a presidência do Conselho Municipal de Assistência Social. Depois desse período deixa de se candidatar ao cargo por entender que passa a endossar ações sem informação suficiente e detectar que a fiscalização às entidades prestadoras de serviço conveniadas à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, conforme prevê a LOAS, não estava ocorrendo.

A entidade também se retira do Conselho Municipal de Saúde em 1998, da qual era membro desde a sua fundação em 1989, por divergências reiteradas com os próprios representantes dos usuários pelo seu apoio a propostas do Executivo que não se coadunavam com os interesses da população.

No contexto destes espaços colegiados vê-se que o movimento de Mulheres destoa do comportamento usual das entidades representativas da sociedade civil local, tornando-se em alguns momentos, como mostram os casos relatados acima, estranho às relações políticas correntes na localidade.

É pertinente indagar porque movimentos sociais locais mais progressistas não conseguem institucionalizar novas práticas de interação governo / sociedade civil? Seria porque não tem representatividade ou enraizamento social na cultura política local e por isso sua forma de intervir no processo político carece de sustentabilidade entre os próprios setores representativos da sociedade local?

Na perspectiva de análise de Jacobi (2002), a institucionalização da participação social responde a duas funções. Primeiro, amplia as possibilidades de acesso dos setores populares dentro de uma perspectiva de desenvolvimento da sociedade civil e fortalecimento dos mecanismos democráticos, mas também contribui para a garantia da execução eficiente de programas de compensação social.

Entretanto, para o autor, as propostas permanecem mais no plano da retórica do que na prática. Poucas são as experiências que assumem uma radicalidade democrática na gestão da coisa pública e ampliam concretamente o potencial participativo.

A análise da participação da sociedade civil em São Gonçalo na formulação e implementação das políticas públicas no município mostra como a capacidade da sociedade influenciar a agenda pública local é restrita.

A manutenção pelo poder público local das tradicionais fórmulas de administrar assentadas no clientelismo e no patrimonialismo reforça a concessão privilegiada de benefícios e recursos a determinados grupos locais – como os vereadores, conforme demonstramos.

O discurso e a prática das principais lideranças da sociedade civil demonstra uma larga identificação com a lógica das relações de poder privatistas prevalentes na localidade, tornando-se estas próprias lideranças agentes da reprodução desta lógica, não se percebendo uma pré-disposição em atuar na direção do fortalecimento da sociedade civil e do incremento de suas bases sociais e políticas.

A existência de canais formais de representação da sociedade na gestão municipal não foi capaz de reverter ou mesmo abalar a cultura política tradicional que vem permeando a prática dos diferentes mandatos de governo na cidade, hoje estão em funcionamento no município os principais conselhos de políticas setoriais – Educação, Saúde, Direitos da Criança e Adolescente, Assistência, Idoso - ²⁵que são, como sabemos importantes instrumentos na viabilização da participação da população nas políticas sociais locais. Porém, ainda que tais espaços colegiados tenham sido implantados a partir da década de 90, quando o município, como vimos, passa a ser governado por uma coalizão política mais “progressista”, vê-se que o executivo municipal mantém a intervenção da sociedade moldada segundo a lógica que lhe favorece, seja mantendo assuntos relevantes como “não-questões” (porque não entram na pauta dos órgãos colegiados) ou ainda dificultando o acesso dos usuários a informações essenciais ou ainda restringido a tomada das decisões efetivamente importantes (no tocante por exemplo a orçamento, definição de prioridades, etc.) aos gabinetes da prefeitura.

²⁵ O município possui também Conselho de Política Urbana, mas tem caráter apenas consultivo e não deliberativo.

Note-se que a bandeira da participação da sociedade na gestão figura com clareza no próprio programa de governo pedetista para o município como forma de alterar a rota de conservadorismo vigente na política local até aquele momento em que o PDT sai vitorioso das eleições municipais.

Do ponto de vista dos resultados efetivos dessa forma de gerir a coisa pública, além de não promover e nem aprimorar o potencial de participação social também tem tido como consequência uma flagrante ineficiência na gestão municipal. Como decorrência, o município de São Gonçalo vive enredado em um dilema, ou seja, as insuficiências na infra-estrutura urbana somadas aos graves déficits sociais que atingem a maior parte da enorme população local fazem com que o município não consiga se tornar um pólo de atração de investimentos produtivos, os quais, como mostra estudos recentes (Santos:2003) têm procurado evitar se instalar em áreas com altos níveis de pobreza e proliferação de conflitos sociais intensos.²⁶

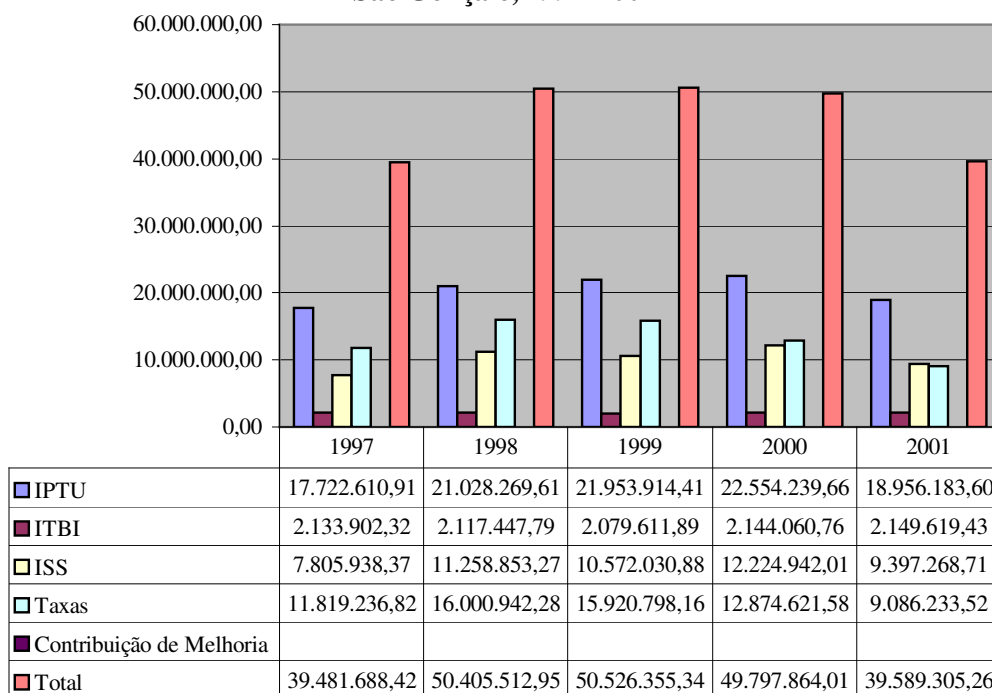
De outro lado, a paralisia da economia local agrava os níveis de pobreza e ao mesmo tempo mantém inalterada a base da arrecadação municipal, sempre insuficiente frente às crescentes demandas, realimentando a causação circular entre altos índices de pobreza urbana, baixa atratividade para os investimentos privados e baixo nível de arrecadação tributária.

Pode-se ver pelo gráfico 2 que o município não apresentou evolução na receita tributária, já que o ano de 1997 a arrecadação é praticamente a mesma de 2001. Se

²⁶Podemos citar o exemplo, entre muitos outros, da gestão 92/96 da Prefeitura de Santos (SP), reconhecida como uma das mais bem sucedidas do país, onde a concepção de fazer do governo local um indutor do desenvolvimento econômico foi entendida com essencial dentro da visão estratégica de que “desenvolvimento econômico é fundamental para o desenvolvimento social” e a própria política de prioridade social de uma administração impõe o enfrentamento de questões não estritamente ligadas à assistência aos pobres (Bava, 1998).

comparados os valores arrecadados nos anos de 1998, 1999 e 2001 com 2001, observa-se mesmo um decréscimo na receita tributária do município.

Gráfico 2 - Evolução e Composição das Receitas Tributárias - São Gonçalo, 1997-2001



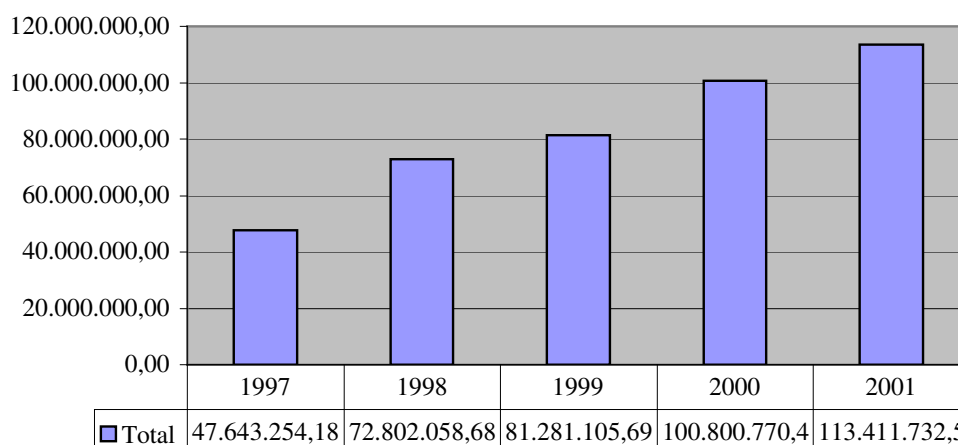
Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

A insuficiência da estrutura produtiva local é evidenciada também pelos deslocamentos diários realizados por um percentual significativo da população residente para trabalhar em outros municípios, consolidando a sua condição de *cidade-dormitório*. São Gonçalo é, entre todos os municípios do país, a localidade onde o maior número de pessoas se desloca diariamente em direção ao local de trabalho ou estudo em outro município. Segundo dados do Censo Demográfico de 2000 do IBGE, 135.366 pessoas saem diariamente de São Gonçalo para trabalhar ou estudar, sendo que deste contingente 60.960 se dirigem ao município do Rio de Janeiro e 74.396 se dirigem a Niterói.

O município mantém uma alta dependência das transferências intergovernamentais²⁷, das quais expressivo percentual é utilizado para favorecer interesses particularistas, e por isso não são úteis a uma transformação, ainda que parcial, do perfil urbano do município.

O gráfico 3 mostra a evolução das transferências totais da União e do Estado para o município, onde se verifica um aumento considerável (da ordem de 138%) no quinquênio 1997/2001.

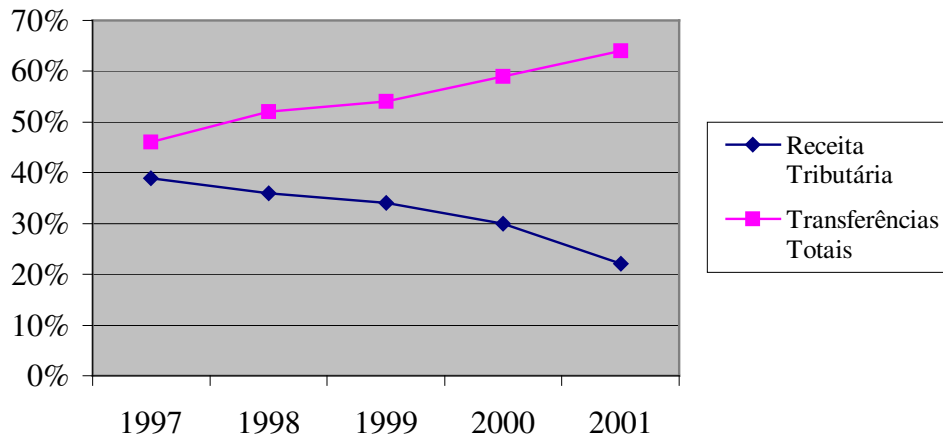
Gráfico 3 - Evolução das Transferências da União e do Estado para São Gonçalo, 1997-2001



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

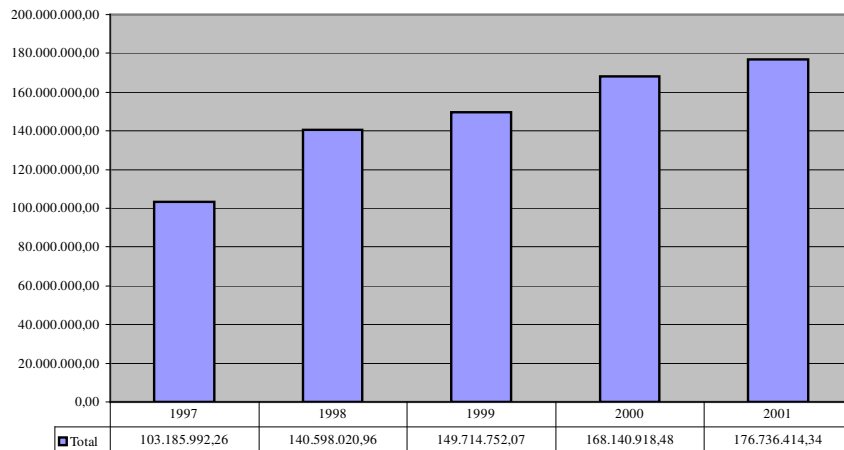
²⁷ Dados da pesquisa *Perfil do Municípios Brasileiros* realizada pelo IBGE, com dados de 1998 a 2000, mostra que é alto o grau de dependência dos municípios do país em relação às transferências dos estados e da União (para 60% dos municípios as transferências representam 85% de suas receitas). Na composição das transferências destacam-se o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), o Fundo de Manutenção do ensino Fundamental (FUNDEF) e o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) que, juntos, totalizam 72% do total das transferências para os municípios.

Gráfico 4 - Evolução da Composição das Receitas Correntes - São Gonçalo, 1997-2001



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

Gráfico 5 - Evolução Receita Total de São Gonçalo, 1997-2001



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro

A análise dos gráficos 4 e 5 mostra que enquanto há um incremento de 71% na receita total entre os anos 1997-2000, a receita tributária (resultante da arrecadação própria do município) decresce em relação ao total da receita (de 39% em 1997 para 22% em 2001).

Não há por parte dos governantes locais um projeto deliberado (ou existe apenas no discurso) de mudança da imagem da localidade²⁸. As experiências de gestão urbana que lograram êxito na resposta às demandas sociais têm como um de seus elementos articuladores uma política deliberada por parte do poder político local de imprimir uma marca de eficiência e transparência à gestão ao mesmo tempo em que põe em prática programas de intensificação da arrecadação fiscal.

No caso de municípios como São Gonçalo sabe-se que a ampliação da arrecadação através dos impostos municipais²⁹ têm uma limitação em função mesmo do perfil sócio-econômico da população municipal (cerca de 1/4 da população residente vive com renda insuficiente, ou seja, inferior a 50% do valor do salário mínimo, segundo o IBGE). Mas ainda que isto seja uma realidade, as experiências de gestão exitosas, mesmo em municípios com grandes contingentes de população pobre, demonstram que a implementação de programas tributários inovadores permitem ajustes que elevam consideravelmente o índice de arrecadação própria do município (Lesbaupin, 2000; Singer, 1998).

Tais experiências mostram ainda que esta estratégia é crucial para que o município possa arcar com o financiamento de programas e projetos sociais mais ousados e voltados para solução de problemas específicos, uma vez que parte considerável dos recursos oriundos das transferências intergovernamentais são

²⁸ Os déficits do município e a ineficiência da gestão municipal ganham contornos ainda mais evidentes dadas as intensos fluxos existentes entre São Gonçalo e a vizinha Niterói, maior referência cultural, de lazer, de trabalho e de serviços para os gonçalenses. Com indicadores sócio-econômicos comparados às melhores cidades do país e administrações recentes reconhecidas por alguns projetos inovadores em termos de política urbana e ainda uma história de antiga capital do estado que a diferencia das demais cidades da Região Metropolitana, Niterói, embora em termos de indicadores e estrutura urbana em nada se pareça com São Gonçalo é o principal parâmetro de comparação para a população de São Gonçalo, cujo perfil está concretamente muito mais próximo dos municípios populosos e possuidores de grandes déficits situados na Baixada Fluminense.

²⁹ As receitas tributárias próprias municipais correspondem aos seguintes impostos: Imposto sobre Propriedade Predial e territorial Urbana (IPTU), Imposto sobre transmissão Inter Vivos (ITBI) e Imposto sobre Serviços (ISS).

vinculadas à provisão de serviços sociais pré-determinados (educação fundamental, serviços de saúde, etc.).

Todas essas ações são viabilizadas quando há por parte do poder político local um projeto de governo assentado sobre a assunção de competências e funções no nível local que permita a aplicação de políticas urbanas integradas que incorpore amplos setores da sociedade local na sua formulação, benefícios e resultados. Castells e Borja (1996) ressaltam o papel promotor do governo local que deve conceber um programa capaz de promover uma imagem forte e positiva da cidade para assim dotar seus habitantes de “patriotismo cívico”, de sentido de pertencimento, de vontade coletiva de participação e de confiança e crença no futuro da urbe.

A análise das iniciativas empreendidas pelo governo local em São Gonçalo mostra que não há um projeto amplo que articule o conjunto das políticas implementadas. Vê-se que alguns programas e serviços passam a ser prestados ou mesmo são expandidos (atenção básica de saúde, ampliação de vagas no ensino fundamental, prestações assistenciais) como resultado das políticas indutivas dos níveis mais centrais de governo, notadamente do governo federal. As intervenções de iniciativa do próprio governo local - obras urbanísticas e medidas que afetem as condições de vida das comunidades – se resumem a microprojetos ou obras pontuais desprovidas de planejamento executadas para acomodar conflitos e atender a demandas clientelistas.³⁰

Não se verifica por parte das administrações locais analisadas uma preocupação em estabelecer planos e diretrizes voltados para o resgate das demandas sociais

³⁰ A existência do Plano Diretor, enquanto um instrumento da gestão urbana, é obrigatório para cidades com mais de 20 mil habitantes. Entretanto, embora o município de São Gonçalo possua por força da lei um Plano Diretor desde 1991, este não se configura um mecanismo orientador do planejamento e da execução de políticas pela gestão municipal.

acumuladas que afetam principalmente das áreas mais distantes e carentes, as quais constituem parte significativa do território municipal, dado o seu perfil de município periférico. Conforme já se demonstrou aqui, São Gonçalo constitui área importante de recepção migratória do estado, com crescimento intenso da sua periferia através de bairros de ocupação relativamente recente, carente de toda infra-estrutura de equipamentos urbanos.

O discurso dos políticos locais enfatiza a insuficiência de recursos que afeta o município, a qual passa a ser justificativa para a ação fragmentada e ineficiente do poder público. O que esse discurso oculta é que a existência de algum instrumento de política urbana que se pautasse por metas explícitas e democraticamente pactuadas entre os diferentes setores sociais criaria dificuldades para o atendimento de demandas no varejo e para a vitalidade das trocas clientelistas correntes.

As deficiências de serviços em São Gonçalo são agravadas devido à ausência de instrumentos de gestão intermunicipais entre municípios próximos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Assim, segundo análise de Souza (1990), este quadro resulta, entre outros fatores da pouca relevância dada à matéria pela Constituição Federal e pela maioria das Constituições Estaduais que deixaram de considerar esta questão premente já na década de 70 que é a gestão dos territórios que rompem fronteiras estritamente municipais para assumirem contornos mais amplos e mais complexos, exigindo portanto, formatos de gestão diferentes das tradicionais formas de administração de gestão do espaço.

Assim, a autora reitera que, não foi ainda politicamente possível avançar na ampliação destes instrumentos, nem na proposição de novas formas de gestão do território capazes de absorver a realidades de muitas cidades brasileiras.

Na realidade da Região Metropolitana fluminense a articulação entre municípios seja na forma de consórcios ou outras modalidades de cooperação vê-se que, por um lado, o tema não se configura prioridade da agenda dos municípios centrais e mais bem estruturados e que, quando o fazem, têm por objetivo estabelecer critérios defensivos em relação à “invasão” a sua estrutura de serviços pelas populações residentes dos municípios periféricos e estes, por seu turno, como é o caso de São Gonçalo, estão por demais enredados nos seus problemas, conflitos e disputas políticas internas que a pactuação intermunicipal não chega sequer a fazer parte da agenda política local.³¹

III.5 - Política Local de Saúde: *municipalização e reorganização da rede assistencial*

A partir da composição do quadro procurando mostrar como se processam as relações políticas no contexto político local em São Gonçalo, iremos tomar a gestão da política de saúde no município como espaço para analisar como os esforços para a conformação de um novo padrão de atenção à saúde previsto pelo SUS modificam e são modificados pelas estruturas políticas locais.

Tomaremos como objeto de nossa análise dois momentos conjunturais recentes e, a nosso ver, emblemáticos no contexto da política municipal que foram o período a partir da eleição do governo do PDT em 1988 e o governo do PMDB em 2000. Em ambas as conjunturas, a política de saúde figurou como ponto central das plataformas políticas destes mandatos de governo. No caso do governo de Edson Ezequiel (PDT), que se elegeu como vimos trazendo uma perspectiva de renovação da política municipal,

³¹ Na Região metropolitana 2, o município líder, mais bem estruturado em termos de estrutura urbana e de serviços, é o município de Niterói, do qual os municípios de São Gonçalo, Itaboraí e Maricá são considerados periferia. São recorrentes os episódios de conflito em diferentes áreas como atendimento à saúde, educação, prestação de serviços assistenciais onde as autoridades niteroienses acusam os municípios vizinhos de negligenciar as suas responsabilidades com a oferta de serviços e com isso, superlotar as redes de Niterói, mesmo recebendo repasse de recursos para montagem e manutenção de suas próprias redes de serviços. Tais contendas não logram avançar ao ponto de configurar-se pontos de partida para a formalização de acordos de cooperação intermunicipais.

o incremento às áreas sociais configura tema central de sua campanha política e de sua administração, com forte destaque para o setor da saúde.

No que se refere ao período de governo de Henry Charles (PMDB), eleito em 2000 como candidato da oposição ao então novamente prefeito Edson Ezequiel (era o terceiro governo consecutivo do PDT), a questão da saúde figura no próprio *slogan* da sua campanha para a prefeitura – “*Chame o Doutor*” – idéia que se edifica partir da inserção do candidato como médico pediatra atuante na rede de saúde e na política municipal, além disso faz menção simbólica à situação de “enfermidade” da saúde pública municipal e da cidade como um todo, e que por isso, necessita de um “doutor” .

Ressalte-se que a partir dos anos 90 a política de saúde é aquela, dentre o conjunto das políticas sociais, cuja gestão é de efetiva governabilidade local, colocando na ordem do dia dos debates municipais a questão da atenção à saúde.

Nessa medida, a assinatura do convênio de municipalização em São Gonçalo ocorre em 1989, logo no primeiro ano de mandato do novo governo e que vinha de encontro às demandas expressas durante a 1ª Conferência Municipal de Saúde realizada em 1987.

Relatos dos gestores municipais que acompanharam o processo de municipalização da gestão da saúde apontam para uma enorme pressão por parte do governo federal em repassar à gestão do município as unidades de saúde federais e estaduais existentes no território municipal. Muitas eram as preocupações dos gestores municipais nesta época em relação ao processo de municipalização, destacando-se sobretudo, a questão da regularidade dos repasses financeiros e dos recursos humanos para manter o funcionamento da rede. Embora houvesse vontade política do prefeito em aderir ao processo de municipalização.

Aqui é preciso levar em conta o contexto de forte indução determinado pelo grau de consenso obtido pela municipalização da gestão da política de saúde na agenda de reformas (Arrecthe,1998). Diferentemente de outras áreas setoriais, a política de saúde foi beneficiada pela forte articulação e estabilidade da coalizão pró-descentralização existente na área, bem como pela flexibilidade do desenho do programa de municipalização que contemplou distintas modalidades de adesão, reduzindo assim as resistências das administrações locais.

A compreensão de tal fenômeno exige também atentar para a própria natureza do poder local enquanto uma instância de poder político que se encontra permanentemente pressionado pelas estruturas superiores do Estado e que tende a se subordinar ao aparato burocrático-administrativo das esferas governamentais centrais e; ao mesmo tempo, por se tratar do nível mais descentralizado do Estado está submetido também às pressões exercidas pelos grupos de interesse, pelas facções políticas e demais segmentos sociais locais.

Uma das primeiras medidas do novo prefeito foi colocar em prática um projeto de reorganização e ampliação da rede básica de saúde local.

Pode-se perceber, através de uma comparação com a composição da rede de saúde municipal anterior ao processo de municipalização, que houve uma mudança do perfil da prestação de serviços de saúde no município.

A análise das tabelas 1 e 2 explicita a natureza de tais mudanças. Ao município cabia anteriormente à municipalização da gestão da saúde o atendimento de emergência, ressaltando-se que mesmo este era expressivamente drenado para os hospitais públicos de Niterói, uma vez que as emergências municipais não eram capazes de suprir a demanda local. A atenção básica realizada estava basicamente sob execução estadual

através de um centro de saúde, quatro postos e dois minipostos de saúde, que desenvolviam sobretudo atividades de imunização e de programas tradicionais da saúde pública, como o controle de tuberculose e hanseníase. A assistência secundária nas diferentes especialidades estava concentrada nos 3 PAM's (Postos de Assistência Médica), unidades federais pertencentes ao INAMPS. Mas a grande oferta de serviços pelo INAMPS era proveniente de contratos com a iniciativa privada, através da contratação de leitos hospitalares, atendimento ambulatorial (inclusive odontológico) e quase a totalidade dos serviços de apoio diagnóstico ofertados no município.

Tabela 15 - Rede de Serviços Públicos de São Gonçalo em 1989

Tipo de estabelecimento	Quantidade	Natureza
Hospital Geral	01	Municipal
Hospital Infantil	01	Municipal
Posto de Assistência Médica (PAM)	03	Federal
Pronto-Socorro	02	Municipal
Centro de Saúde	01	Estadual
Posto de Saúde	04	Estadual
Miniposto de Saúde	02	Estadual

Fonte: Secretaria Municipal de saúde de São Gonçalo - RJ.

Mesmo não sendo uma rede de saúde extensa, a gestão das unidades estaduais e dos PAM's constituía um grande desafio para o executivo municipal, quer pela precariedade do estado físico destas unidades, quer pelas incertezas interpostas aos mecanismos repasse financeiro pela União, quer pela falta de estrutura da secretaria

municipal de saúde que passa a ser efetiva a partir daquele momento, buscando adequar-se às novas demandas.

Pode-se dizer que a secretaria municipal de saúde passa a ter uma estrutura efetiva a partir da municipalização, já que antes ao município cabia gerir suas poucas unidades próprias sem uma concepção de rede de saúde, constituída pelos diferentes níveis de assistência.

Ocorre então no âmbito da política de saúde municipal uma alteração na composição qualitativa e quantitativa na oferta de cuidados à saúde, processo que conta com um relativo incremento na capacidade técnica da equipe que passa a ocupar os cargos estratégicos na secretaria municipal de saúde. As próprias exigências do processo de gestão da política – alimentação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, prestação de contas, etc. – faz com que seja necessário um incremento da qualificação do corpo técnico local.

A partir da década de 90, a prefeitura local, além de se responsabilizar pela gestão dos estabelecimentos de saúde já existentes, investiu na criação de mais 25 unidades básicas de saúde. Finalizou a construção de mais dois postos de assistência médica e procurou aumentar a escala tecnológica dos hospitais e dos pronto-socorros, através da ampliação do número de leitos públicos, da criação de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) nos hospitais adulto e infantil e a implantação de serviços de cirurgia. Além disso, passaram a ser implementados no município vários programas de saúde antes inexistentes na rede, bem como a contratação de profissionais de diversas especialidades através da realização do primeiro concurso público do município.

Tabela 16 - Rede de Serviços Públicos de Saúde em 1999

Tipo de estabelecimento	Quantidade	Natureza
Hospital Geral	02	Municipal/Estadual
Hospital Infantil	01	Municipal
Posto de Assistência Médica (PAM)	05	Municipal
Pólo Sanitário	05	Municipal
Posto de Saúde	32	Municipal
Programa Médico de Família	05 módulos	Municipal

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo - RJ, 1999.

Necessário ressaltar que, não obstante a expansão, a oferta de serviços manteve-se ainda insuficiente face à grande demanda local (população majoritariamente de baixa renda e por isso dependente do sistema público de saúde), principalmente no que concerne à atenção de complexidade mais elevada.

A decisão política dos gestores locais foi investir prioritariamente na implantação de unidades básicas nas áreas que se encontravam desprovidas de serviços³². Tal iniciativa reflete a preocupação com a disponibilização espacial destes serviços como condição *sine qua non* para facilitar o acesso e ampliar a cobertura dos serviços de saúde, carência histórica da localidade. De fato, a partir de então, São

³² O aumento da cobertura da atenção básica no município acompanha uma tendência geral verificada no país a partir da implementação da descentralização. Os dados para país como um todo mostravam que o número de estabelecimentos públicos municipais sem internação passaram de um total de 2.354 em 1980 para 17.616 em 1992. E que passaram a representar 70,53% do total da rede pública sem internação em 1992 contra os 26,66% que representavam em 1980 (fonte: DATASUS – Ministério da Saúde).

Gonçalo passa a contar com uma rede de serviços de atenção primária distribuída em toda a extensão do seu território.

Antes deste período, havia duas grandes áreas no município - 2º e 3º distritos - que não eram cobertos por qualquer tipo de serviços de saúde, os quais se concentravam na área central da cidade - 1º distrito³³ - para onde se deslocava a população daqueles áreas em busca de atendimento médico, percorrendo em muitos casos longas distâncias geográficas.

Esta reorganização do sistema de saúde teve como parâmetro a lógica da constituição de distritos sanitários³⁴, cuja tradução local foram os chamados *pólos sanitários*. Assim, o município foi dividido em cinco pólos, cada qual com sua população adscrita e com um conjunto de *unidades satélites* sob sua coordenação técnica.

A divisão do município em distritos sanitários, deveria atender, pelo menos em tese, aos requisitos de descentralização das atividades de coordenação político-administrativa e de vigilância em saúde e epidemiológica.

Contudo, na prática, a criação dos pólos sanitários representou apenas uma estratégia de desconcentração, já que os pólos não tinham nenhum tipo de articulação gerencial com os hospitais e pronto-socorros e a sua relação com os PAM's (referência para atenção secundária) se restringia à vigilância epidemiológica.

³³ O 1º distrito concentra 36% da população residente no município.

³⁴ No início dos anos 1990, vários municípios e estados brasileiros implantaram experiências de organização dos seus sistemas de saúde baseadas na lógica dos Distritos Sanitários, entendidos como “*processos sociais de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*” (Mendes et al., 1993: 159). Os Distritos Sanitários corresponderam à proposição dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) formulada pela OPAS, em 1988 e têm como princípios centrais a noção de território-processo, com ênfase na adstrição de clientela e no estabelecimento de uma relação de mútua responsabilidade entre os serviços de saúde e a população adstrita; a hierarquização das ações e serviços de saúde por nível de complexidade, de forma a garantir a resolutividade do sistema; a intersetorialidade e a integralidade das ações. Para um maior aprofundamento sobre o tema, ver Mendes, 1993. (Referência: MENDES, Eugenio Vilaça (org.), 1993. *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: São Paulo. ABRASCO-HUCITEC.

No que se refere à ingerência dos pólos sobre as unidades satélites, não havia uma responsabilidade técnica formalizada destes pólos sobre as unidades satélites localizadas dentro da sua área de abrangência. Tal ingerência se restringia ao controle e distribuição de medicamentos e insumos em geral, controle de produtividade e acompanhamento de dados epidemiológicos, principalmente no que se refere ao controle de notificações compulsórias de doenças.

O cargo de gestor das unidades satélites não era necessariamente ocupado por técnicos da área de saúde. Em muitos casos tal função era ocupada por lideranças comunitárias indicadas pelo vereador da área ou mesmo pessoas de confiança deste sem a competência técnica necessária para o exercício do cargo. Desta forma, a gerência das unidades primárias de saúde localizadas na ponta do sistema se tornaram alvo dos interesses políticos *stricto sensu* de membros do Legislativo, desqualificando o lugar da gerência, enquanto espaço privilegiado de redefinição do modelo assistencial.

A própria extensão da rede de saúde aos locais mais periféricos da cidade e mesmo a ampliação de serviços existentes é “apresentada” aos residentes destes bairros como resultante do empenho do político da área e não como parte de uma estratégia da gestão municipal, articulada com um processo em curso no país com um todo, de aumento de cobertura e melhor disponibilização dos serviços de saúde.

Obviamente que tal formato impresso à gestão das unidades satélites só tinha esta configuração a partir de um pacto firmado entre o Executivo e o Legislativo local já aqui mencionado, que tem como base de sustentação a troca de apoio político ao Prefeito por parte dos vereadores, os quais em troca se beneficiam do carreamento de recursos para suas bases eleitorais.

Aqui explicita-se como o esforço empreendido pela secretaria municipal de saúde de organização da rede de saúde pautadas em critérios mais racionais nos moldes previstos pelo SUS e fortemente induzido pela esfera federal através do repasse de recursos, é retraduzido no plano local pelas especificidades e interveniências próprias da arena política municipal.

A análise dos rumos da assistência médica em São Gonçalo fornece pistas para perceber como se comportam empiricamente as interconexões entre a formulação e a implementação de políticas que, ao serem concebidas como fases desconectadas, onde se pressupõe que a formulação é sempre adequada, ignora as condicionalidades a que está submetida (Lindblon,1980).

Este exemplo reitera a concepção de que na fase de implementação, decisões altamente relevantes são tomadas e não apenas executadas, sendo capaz de criar, no limite, novas políticas se comparadas com o desenho originalmente formulado e que refletem preferências e visões de mundo do rol de agentes envolvidos na implementação, em especial daqueles com capacidade de mobilizar maior estoque de recursos políticos.

É verdade que no caso em análise provavelmente se não houvesse no campo da saúde um processo de reforma em curso em nível nacional (e que ganha contornos efetivos exatamente a partir dos anos 90) é bastante provável que o Executivo gonçalense não tomasse como tarefa da administração local esta mudança de curso da assistência à saúde no município. Se, a reivindicação de maior autonomia política e administrativa era pauta entre os municípios já historicamente dotados de maior autonomia e que constituem a vanguarda do movimento municipalista conforme demonstra análise de Jovchelovitch (1993), municípios como São Gonçalo não fazem

parte deste grupo. Ou seja, foi o advento do processo de descentralização que colocou na pauta a exigência da gestão das políticas sociais (entre elas a de saúde) e urbanas pelo governo municipal e não uma vocação política da cidade.

Mesmo com tal processo em curso, os gestores municipais fazem referência ao pouco investimento dos outros níveis de governo na rede de saúde do município como uma das razões que explicariam os déficits de oferta dos serviços terciários na localidade. O depoimento de um alto gestor da SMS diz que:

“Existe uma forte pressão da rede privada. Historicamente, ainda na época do antigo INPS, se fez um credenciamento enorme de leitos conveniados aqui. Na época era conveniente para o sistema e investiu-se pouco em leitos públicos em São Gonçalo, diferente de Niterói, por exemplo. Não é nem uma questão de defender a falta de investimento nossa não, mas é que não tinha até iniciar a construção do hospital geral (estadual e em construção na época) nenhum investimento estadual ou federal em leitos aqui. Porque o caro do sistema é internação e a emergência. Com os recursos do município só não dá para bancar”.

Aqui cabe uma reflexão sobre que extensão e efetividade que estão alcançando o desempenho das prefeituras no exercício da gestão das políticas descentralizadas. Na visão de Arretche (2002) têm impactado a produção de políticas públicas no plano local variáveis de diversas ordens, ligadas às capacidades administrativas e financeiras dos governos locais, ao legado das políticas prévias, às novas regras do jogo e as dinâmicas política e eleitoral.

De fato, toda a rede hospitalar pública existente na cidade era de origem municipal e que tem sua capacidade de atendimento aumentada após o processo de municipalização (ampliação do número de leitos nos hospitais e pronto-socorros

municipais e criação de leitos de UTI - adulto, infantil e neo-natal), contudo ainda permanece grande o déficit destes serviços no município. A rede terciária é completada pelo grande número de serviços privados conveniados ao SUS (respondia por 87% do total de leitos da rede em 1999). Esta rede hospitalar conveniada ao SUS no município tem como característica a baixa complexidade do atendimento ofertado. Assim, o município continuava a referenciar os pacientes de alto risco para o município de Niterói (principalmente) e para o Rio de Janeiro.

Este quadro é agravado por um efeito não previsto que ocorre concomitante à implantação do SUS no país que é o deslocamento do segmento mais moderno entre os produtores privados de serviço de saúde para a o sistema de atenção médica supletiva e a permanência do setor tradicional no sistema público (Mendes, 1996). Isso se dá em função de que houve uma deterioração real dos valores pagos pelo SUS aos serviços prestados pela rede conveniada que provocou a migração das empresas médicas com maior capacidade de inovação tecnológica em direção aos planos de saúde, então em plena expansão, em busca de maior rentabilidade. Permaneceram vinculados ao sistema público, os produtores privados tradicionais menos capitalizadas e mais atrasadas do ponto de vista gerencial e tecnológico que não conseguiram modernizar-se – o segmento Estado-dependente – que apresenta nítido processo de deterioração qualitativa.

No estado do Rio de Janeiro, onde os convênios do extinto INAMPS com as empresas médicas foi desde a década de 70 marcante, verifica-se no decorrer dos anos 90 um retrocesso deste setor em alguns segmentos da atenção médica dadas às baixas remunerações pagas pelo SUS, embora quantitativamente ele permaneça relevante no contexto do sistema público (Souza e Bodstein, 2002).

Em São Gonçalo, o descendiamento de prestadores privados não chegou a se colocar como um tendência geral em função das próprias características da rede privada conveniada local que tem como marca a baixa incorporação tecnológica e baixa capacidade gerencial destes serviços, não compartilhando portanto as características do chamado setor privado moderno que mencionamos. Além disso, o próprio perfil sócio-econômico da população residente no município não permite a existência de um número consistente de usuários da assistência médica supletiva (a SMS estima um percentual que em torno de 5% da população local possui plano de saúde) que justificasse o convênio de um número expressivo de serviços na localidade. Assim, a maior parte da população segue dependente do setor público e a quase totalidade da rede privada instalada no município se mantém credenciada ao SUS.

A única entidade privada local que adota a estratégia de modernizar-se gerencial e tecnologicamente se descredencia do SUS em 1993 em razão do descompasso entre o custo dos procedimentos mais complexos e as baixas tabelas de remuneração pagas pelo SUS. Este hospital era o único da rede conveniada que prestava determinados serviços mais complexos (inclusive com 16 leitos de UTI) e que passou a trabalhar apenas com atendimento particular e, principalmente com convênios com planos e seguradoras de saúde, tornando-se referência para estes segmentos no município. Diferentemente do conjunto do setor privado de saúde instalado na cidade, o hospital em questão, além de ampliar a escala tecnológica dos serviços que presta, passou a investir na formação de quadros técnicos na área de gestão em saúde voltada para a eficiência financeira e satisfação do usuário, coadunando-se com os valores e pré-requisitos necessários ao ingresso no mercado privado de saúde. Em entrevista realizada com diretor técnico da instituição, ele afirma que:

“ A casa de saúde fatura o dobro do que faturava com o SUS, mesmo tendo diminuído o número de leitos em mais de 50%. Não se consegue fazer saúde sem dinheiro. A casa já teve uma longa experiência de convênio com o setor público desde a época do INPS. Mas há alguns anos suspendeu o atendimento aos pacientes do SUS, na época estava começando a explosão dos planos de saúde e optamos por parar. Havia um grande problema porque o hospital sempre foi caracterizado por atender o doente de maior complexidade aqui na cidade. Então era um doente com um custo elevado e o que era repassado pelo SUS não cobria o gasto com o paciente. A gente sofreu muito com esta mudança, porque tudo era canalizado para o convênio com o SUS’.

No caso da atenção hospitalar no município de São Gonçalo podemos avaliar que o peso das políticas prévias e a frágil capacidade financeira do município (insuficiente para investir na construção de novas unidades hospitalares) têm peso decisivo sobre a decisão do município de não tomar para si a tarefa de gerir a rede hospitalar municipal³⁵. O caso do município aqui coincide com os resultados apontados na pesquisa realizada por Arretche que conclui, a partir de um estudo realizado em 5 estados brasileiros, que a capacidade dos municípios de ofertar serviços ambulatoriais e a capacidade de gestão da rede hospitalar (entendendo-se aqui a capacidade de controle e regulação dos provedores privados ou públicos) vem se desenvolvendo de modo inteiramente independentes, estando a primeira em um estágio muito mais avançado que a segunda dado os requisitos que o município deve reunir para o desempenho da tarefa

³⁵ São Gonçalo encontra-se, desde 1998, habilitado ao SUS na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, uma das condições de habilitação ao SUS regulamentado pela NOB-SUS 1/96 de 06/11/96, onde, em linhas gerais, cabe ao município a gestão e execução da assistência ambulatorial, das ações de vigilância, de epidemiologia e controle de doenças. As dificuldades do município em habilitar-se à condição de gestão mais avançada do SUS – a Gestão Plena do Sistema Municipal – deve-se justamente à relevância dos leitos hospitalares privados conveniados existentes no município, bem como ao peso político deste setor no contexto da política local de saúde.

de gerir o sistema hospitalar – capacidade de arrecadação tributária, não existência de uma burocracia detentora de conhecimento técnico instalada na localidade, assim como o efeito cumulativo no tempo da decisão da prefeitura em aderir e implementar os requisitos institucionais previstos nas normas de adesão SUS, as NOB's.

Todavia mesmo a ampliação e melhoria da gestão da rede básica identificada como o grande projeto da administração municipal para a saúde naquele período não conseguiu enraizar-se nas preferências daqueles que procuram os serviços de saúde. A demanda para os serviços de saúde localizados na área central do município (hospitais e serviços secundários) continuou muito intensa e 65% dos casos atendidos nos serviços de emergência eram atendimentos de caráter ambulatorial, segundo dados da própria secretaria de saúde.

Pode-se explicar a persistência deste fenômeno pela baixa resolutividade desta rede básica que, concebida como porta de entrada do sistema, acaba não cumprindo efetivamente esta função. Principalmente as unidades localizadas nas áreas mais periféricas da cidade têm dificuldade de fixar profissionais, especialmente de nível superior, além disso muitas destas unidades não funcionavam em todos os turnos, agregando-se a isso a dificuldade dos gestores controlarem o cumprimento da carga horária dos profissionais nas unidades.

Na visão de um gestor local, as dificuldades de tornar a porta de entrada efetiva esbarram também na própria cultura da população usuária de ser atendida imediatamente:

“ Grande parte da nossa população quer ser atendida na hora, ela não quer agendar. A gente tem esse dado. A gente começou a fazer agendamento e verificou que

em torno de 10 a 15% do que era agendado era perdido, porque as pessoas não compareciam. Enquanto isso as emergências estavam cheias”.

Para fazer face a este problema, a Secretaria Municipal de Saúde criou em 1996 um “*guia de serviços de saúde*” como instrumento de divulgação das unidades existentes (principalmente as recém-inauguradas) e os serviços prestados por elas. Buscou o apoio das associações de moradores e dos próprios serviços para divulgar as informações. Mas este guia foi não atualizado após a inauguração de várias novas unidades, revelando descontinuidade na condução de uma estratégia de suma importância para a reconstrução da lógica assistencial no município.

Deste modo, a reforma do setor saúde empreendida no município não conseguiu sequer imprimir a lógica da racionalidade econômica, na medida em que a porta de entrada do sistema continuou se dando, principalmente, via emergência, elevando os custos da atenção médica e não constituindo uma rede de serviços hierarquicamente organizada conforme propugnado pelo SUS.

Também iniciativas visando a descentralização intra-municipal não ocorreram para um fortalecimento efetivo das instâncias intermediárias do poder municipal no sentido de identificar necessidades de saúde e planejar soluções adequadas à realidade de cada área específica, expediente necessário em municípios com a extensão de São Gonçalo.

Quanto à atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) durante o período estudado, pudemos constatar com base na observação das sessões ordinárias e na análise das atas destas sessões, que nas reuniões do Conselho preponderavam discussões e deliberações sobre que é denominado na pauta como “processos pendentes”. Tais processos dizem respeito a solicitações de medicamentos, de exames complementares e

de procedimentos de alta e média complexidade encaminhados por usuários individuais à Secretaria Municipal de Saúde. Tal prática introduz na ação do Conselho um veio burocrático que dificulta o exercício do seu potencial político, uma vez que todo o esforço dos seus membros é direcionado para a discussão de casos individuais e não empenhado na definição de políticas que definissem critérios gerais para o atendimento a todos os casos.

Segundo depoimento de um profissional de saúde local, membro do Conselho, tal expediente foi implantado por pressão dos representantes dos usuários no CMS em função da histórica falta de transparência das relações entre o ente público e os entes privados prestadores de serviços de saúde da localidade conveniados ao setor público (antes ao INAMPS e depois ao SUS), uma vez tais procedimentos eram realizados majoritariamente nesta rede conveniada.

“O que a gente nota por parte de alguns setores da sociedade civil é uma permanente desconfiança de que o governo está tentando fazer alguma coisa por trás dos panos... a gente acabou criando uma estrutura para o conselho funcionar que burocratizou muito o Conselho, então fica um monte de processo que não tem sentido nenhum e há um acúmulo de trabalho. Essa análise de processos poderia ser feita por amostragem e se tivesse alguma irregularidade, o Conselho pegaria. A idéia é que se tivesse uma comissão técnica para avaliar esses processos e que o Conselho tivesse permanentemente fiscalizando a comissão. Mas esta proposta não foi passou”.

Este quadro mostra um comprometimento visível da eficácia do governo no trato com as demandas públicas oportunizado pelo teor das relações que se estabelecem entre o governo e os cidadãos na localidade. Putnam (1996) sustenta que em contextos onde não prevalecem vínculos horizontais de confiança e de reciprocidade coletiva, há uma

tendência a maior insegurança, os cidadãos são mais desconfiados, e as leis são feitas para serem desobedecidas e que, a vigência de relações desta natureza contribui para um substantivo comprometimento do desempenho institucional do governo local.

Com efeito, apesar da continuidade administrativa, já que o mesmo grupo político liderado pelo PDT manteve-se no governo durante 12 anos (de 1989 a 2000), o sistema de saúde local, cujo projeto principal foi a reestruturação da rede de atenção básica, não conseguiu superar os traços mais perversos inscritos no modelo tradicional de organização de serviços, apesar da centralidade conferida à política de saúde no contexto destes três mandatos de governo.

III.6 - A Implantação do Programa de Saúde da Família no Município: A normatização Federal e sua retradução local

No contexto de críticas às administrações anteriores e sua reiterada incapacidade de imprimir uma lógica de maior eficiência à gestão local, é que nas eleições de 2000, o PMDB vence coligado com outros partidos, e assume o executivo local com a promessa de atender a um rol de demandas sociais não respondidas pelos governos pedetistas anteriores, entre as quais a atenção à saúde, conforme ilustrado no trecho de uma entrevista com uma liderança local transcrito abaixo:

“Acho que quando a população votou no Charles, e ele ganha no 2º turno daquela forma, as pessoas queriam direito à saúde. As pessoas que votaram nele e não acreditavam mais no Ezequiel. Falavam que não queriam mais só obras, queriam saúde. Eu acho que ele conseguiu trabalhar muito bem isso, acho que teve realmente assim realmente uma campanha de marketing. E conseguiu atacar pontos nevrálgicos,

conflituosos da gestão Ezequiel e tirou proveito. E existiu uma expectativa muito grande que a saúde fosse melhorar “.

No arranjo desta nova composição política, a saúde adquire mais uma vez papel destacado como área prioritária da administração que se iniciava em 2001. A própria condição de médico do novo prefeito foi largamente utilizada como estratégia da campanha que culminou com sua eleição. Este então nomeia para secretaria municipal de saúde uma profissional de reconhecida capacidade técnica e política no campo da saúde coletiva, com reconhecimento a nível estadual e mesmo federal por sua já testada qualificação para o exercício da função de gestão na área de saúde.

A SMS passa então a ter como tarefa principal a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no município³⁶, como estratégia de reorganização da rede de saúde, buscando fundamentalmente alcançar patamares adequados de cobertura e resolutividade do sistema local de saúde.

Com base nesse objetivo, dada a imensa precariedade das condições sociais da maioria da população, o desenho do PSF em São Gonçalo adquire uma tendência de universalidade, cobrindo, inicialmente, 64,7% (correspondendo aos 1º e 3º distritos) dos residentes.

A rede básica reorganizada e ampliada durante os governos anteriores é desestruturada, processo em que ocorre a transferência dos profissionais atuantes nas unidades da ponta, as quais se tornam módulos do PSF. A forma como esta substituição de um modelo por outro se deu contribui para as dificuldades de enraizamento da lógica

³⁶ A implantação do PSF no município de São Gonçalo, bem como o impacto das ações do Programa sobre o modelo de assistência à saúde local foi analisado por Senna (2004). Aqui tomaremos alguns aspectos envolvidos no processo de implantação deste programa no município para mostrar como um programa fortemente normatizado pelo nível federal assume na localidade alguns arranjos próprios dados pelas contingências moldadas pela arena política local.

que rege o programa no município – entre os usuários, os profissionais de saúde, lideranças comunitárias, etc.

Ressalte-se que o PSF é implantado em São Gonçalo em um contexto em que o PSF ganha forte impulso na arena setorial, em razão principalmente de diversos mecanismos de indução postos em operação pelo Ministério da Saúde a partir de 1998. Dentre os estímulos para que os municípios implementassem o PSF destacam-se os de caráter financeiro. Assim, o PAB (Piso de Atenção Básica), adotado como forma de financiamento da atenção básica através do repasse do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, vem compor um conjunto de incentivos político-financeiros destinados, dentre outras questões, a disseminar as ações do PSF e do PACS em todo o território nacional ³⁷.

É exatamente na possibilidade de aumentar os recursos repassados para o município que se reside o potencial de extensão da implantação do PSF entre os municípios brasileiros (hoje 84% do total dos municípios do país possui equipes do PSF, cobrindo aproximadamente 65 milhões de pessoas em todo o país, segundo o Ministério da Saúde).

Como sabemos, a indução, com ênfase no incremento do repasse financeiro constitui ponto crucial no cálculo político dos prefeitos quanto ao processo decisório sobre as ações a serem implementadas pelo município.

Assim, o PSF passou à condição de prioridade para o Ministério da Saúde, como estratégia para reorientar o modelo assistencial com a perspectiva de superar os

³⁷ O PAB inaugura uma nova modalidade de financiamento das ações básicas de saúde, através do repasse regular e automático pelo governo federal diretamente aos municípios. É constituído por uma parte fixa, calcula com base *per capita* e outra parte variável, destinada ao incentivo financeiro para adoção de programas prioritários, dentre os quais o PACS/PSF, ações de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. No caso do PSF, foram instituídas cinco faixas de financiamento conforme o número de equipes implantadas e a cobertura populacional do programa.

dilemas relacionados à falta de resolutividade na atenção básica, bem como ampliar o acesso aos cuidados de saúde.

O princípio ordenador do programa é a vinculação de uma equipe de saúde a um certo número de famílias residentes em uma determinada área. Nesta perspectiva o cadastramento e o acompanhamento da população são fundamentais para o desenvolvimento das ações previstas. De acordo com a concepção do ministério, o PSF deve ser porta de entrada do sistema de saúde, devendo estabelecer relação com a rede de serviços de maior complexidade.

A proposta de implantação do PSF em São Gonçalo surge como uma inovação comparativamente às diversas experiências até então postas em prática no país, por tratar-se de um município de grande porte localizado em uma região metropolitana e com indicadores sociais e epidemiológicos desfavoráveis. Esta realidade confirmada pelas taxas significativas de prevalência de hanseníase e tuberculose, baixa cobertura vacinal etc, exigiam, segundo documento da SMS de lançamento do programa no município, “*estratégias ousadas de intervenção*”.

E a ousadia do PSF em São Gonçalo estava justamente no fato de que a estratégia adotada para sua implantação na localidade fugia à perspectiva de focalização comum à maioria das experiências até então existentes.

Neste sentido, o primeiro desafio desta estratégia é o grande número de equipes de saúde da família que passou a atuar no município, somando um total de 179 equipes, constituídas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, perfazendo um contingente de mais de 1600 profissionais envolvidos. Estas equipes são, segundo a normatização prevista pelo PSF, responsáveis pelo acompanhamento das famílias residentes em sua área de

atuação, que no caso de São Gonçalo compreendia um total de 160.023 famílias e uma população coberta de 576.085 habitantes.

É relevante considerar ainda que a decisão de implantar o PSF em larga escala no município significou a entrada de um aporte de recursos considerável nos cofres municipais repassados pela União para o financiamento do Programa em um município que conforme já assinalado anteriormente possui baixa capacidade de arrecadação própria e, ao mesmo tempo, carências severas.

Podemos verificar este incremento significativo de recursos investidos na saúde municipal através do quadro abaixo que mostra a evolução nos gastos na função saúde entre 1997 e 2001.

Pose-se ver que o gasto com saúde têm um incremento importante de 2000 (25,1 milhões) para 2001 (39,4 milhões), ano em que o PSF é implantado no município. Este incremento é da ordem de 57%.

Quadro 4 - Gastos na função Saúde e Saneamento em São Gonçalo (RJ), 1997-2001

Ano	Gastos na função (R\$ milhões)	Participação no total das despesas
1997	18,2	18%
1998	22,4	16%
1999	19,7	13%
2000	25,1	14%
2001	39,4	24%

Fonte: Datasus - Ministério da Saúde.

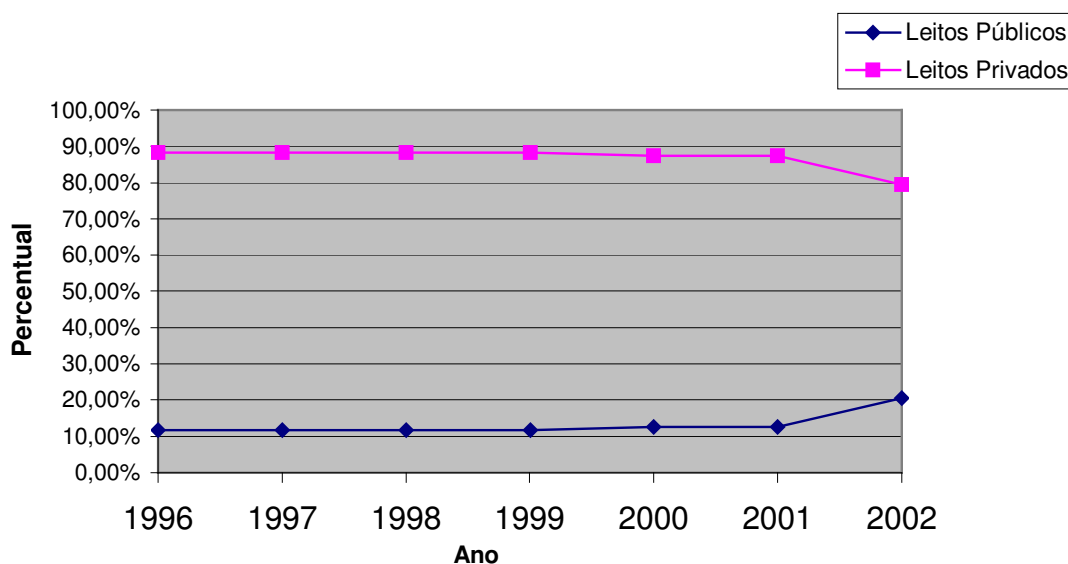
No organograma da SMS, o PSF era ligado diretamente à secretária e não à Suprintendência de Saúde Coletiva como os demais programas existentes na rede. Essa modalidade de inserção institucional do programa demonstra a sua centralidade política para a administração local. Acrescente-se que antes da implantação do PSF, a

Suprerintendência de Saúde Coletiva era responsável inclusive pela gestão de toda a rede básica do município.

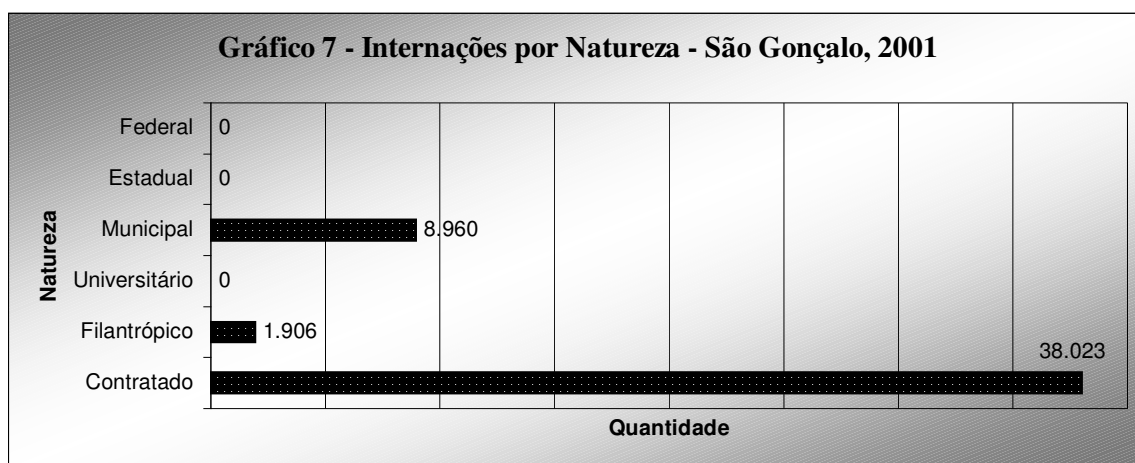
Essa opção contribuiu para dificultar a integração entre o PSF e a rede de serviços já existente, agravada pela não consolidação de mecanismos gerenciais capazes de promover tal articulação.

Com efeito, o sucesso da implantação deste programa está diretamente vinculado à disponibilização adequada de serviços de alta e média complexidade tecnológica para garantir seguimento ao processo de assistência à saúde. Como já abordamos aqui, este nível de atenção constitui um dos “gargalos” da política de saúde gonçalense em termos de cobertura e resolutividade, dado o peso significativo da rede hospitalar e de apoio diagnóstico privadas e a incapacidade do poder municipal em desempenhar as *funções regulatórias* necessárias à gestão desta rede, cujo efetivo desempenho significa planejar, avaliar, auditar, financiar, controlar e, principalmente punir o mau provedor.

Gráfico 6 - Leitos vinculados ao SUS por regime - São Gonçalo, 1996-2002



Fonte: Ministério da Saúde - Datasus - SIH/SUS.



Fonte: Ministério da Saúde - Datasus - SIH/SUS.

De acordo com Conforto (1998), a função de regulação pressupõe a existência de opção de escolha de prestadores de serviços públicos como forma de propiciar a obtenção de melhores níveis de qualidade. Além disso, uma das questões principais na estruturação do ente regulador é a equidistância em relação aos atores sociais envolvidos e uma composição que dificulte a sua captura por qualquer área de interesse vinculada à prestação de serviços específica.

No caso de São Gonçalo, o entrelaçamento entre o ente público e os entes privados na prestação de serviços de saúde percorrem complexas e sinuosas redes de relações, conformando uma composição de interesses e interdependência que compromete o exercício efetivo das funções de normatização e controle público da rede privada conveniada ao SUS no município.

Com esta problemática não enfrentada, permaneceu intocada as ineficiências geradas pela falta de uma rede hierarquizada de saúde na localidade, em que inexistem mecanismos formais de referência e contra-referência. Diante deste quadro, o PSF assume o duplo desafio de reorganizar a atenção básica e provocar a remodelagem de

toda a rede de maior complexidade tecnológica, buscando criar os necessários canais de integração entre o programa e os demais serviços.

A estratégia adotada para implantação do PSF local também seguiu uma lógica onde os atores sociais locais envolvidos e interessados na área não tiveram participação no processo decisório. Este processo é assim descrito por uma liderança municipal:

“Inicia-se o governo 2001, fazendo a parceria com o governo federal para a implantação do Programa Saúde da Família. Só que isso não foi discutido com a sociedade, não foi discutido com os Conselhos, com o Conselho de Saúde nem com os demais. Não houve consulta de forma alguma, foi imposto um programa. Chegou uma Secretária de Saúde indicada pelo próprio Governo Federal, que meu ver, não tinha conhecimento da cidade, que não sabia dos seus atores sociais, que dizia ser uma excelente técnica, mas que não teve nem espaço nem tempo para que a sociedade conhecesse a proposta. Quando já estava quase perdendo o poder, que tentaram aproximá-la, mais já estava tarde demais. Não tinha nem como os movimentos a defenderem, porque não a conheciam, caiu aqui. De fora para dentro, né”.

Em verdade, a decisão de implantar o programa no município e a forma com esta implantação foi executada não revelou uma ação concertada entre a SMS e os segmentos sociais locais interessados na política, mas o reforço dos mecanismos tradicionais de planejamento assentado na supremacia das escolhas técnicas realizadas por técnicos “iluminados”.

Este momento da gestão local da política de saúde constituiu sem dúvida um período em que esteve presente na cena setorial um clima mais propício à introdução de um enfoque mais técnico no debate sobre a assistência à saúde que poderia levar à introdução de instrumentos de planejamento mais transparentes que, pactuados entre o

órgão público e a sociedade, diminuiria a incidência das trocas clientelistas, tão intensas no município.

Todavia, o fórum de discussão e decisão colegiada sobre a política de saúde local que é o espaço do Conselho Municipal de Saúde não se constituiu em um espaço de discussão sobre a implantação do programa no município. A observação das reuniões do Conselho no período mostra que ele apenas acata as decisões tomadas pela SMS quanto às estratégias de implantação adotadas, ou seja, este processo obedeceu a regras ditadas pela própria SMS, onde as propostas eram apresentadas e aprovadas pelo Conselho sem maiores questionamentos. E quando estes questionamentos foram expressos no espaço do Conselho, eles versavam com muita frequência sobre a localização dos módulos do PSF ou mesmo sobre denúncias de mau funcionamento destes módulos. Embora tais temas sejam também da alçada do CMS e certamente a função fiscalizatória esteja entre as suas atribuições mais relevantes, não se verificou discussões de natureza mais ampla e até anteriores à implantação como a concepção norteadora do programa que estava sendo implantado, sua adequação à realidade local ou ainda sobre as estratégias de implantação adotadas.

Reitera-se aqui mais uma vez a debilidade do exercício do controle social sobre a gestão da saúde municipal. É forçoso reconhecer que mesmo após dez anos da instalação do Conselho Municipal de Saúde³⁸ na cidade, tal instrumento, incorporado à engenharia institucional do SUS e concebido para garantir a sua construção democrática, não logrou concretizar de forma consistente tal objetivo.

O caso em análise reforça a constatação de que o alcance e o conteúdo da ação política dos conselhos municipais estão intrinsecamente relacionados à existência de um

³⁸ O Conselho Municipal de Saúde de São Gonçalo foi instalado em 1989, conforme já mencionamos.

conjunto de mecanismos próprios a uma institucionalidade democrática. Em contextos onde estes mecanismos são frágeis e predominam os traços mais perversos da tradição política local, verifica-se que a gestão da esfera pública e a eficácia das políticas governamentais acabam subsumidas pelo particularismo e pelo clientelismo característico do modo de produzir política no nível local.

Alguns técnicos atuantes na rede de saúde municipal colocam em questão até mesmo a forma como os módulos de saúde da família foram implantados no município dadas às condições físicas da rede. Muitos dos módulos começaram a funcionar em locais inadequados para o funcionamento de uma unidade de saúde. Principalmente nos bairros mais periféricos onde até então não havia unidades de saúde, casas sem infraestrutura foram alugadas para abrigar os módulos do PSF e permitir a inauguração dos mesmos no tempo previsto pela SMS.

Em alguns casos, a total impossibilidade de funcionamento de determinadas casas como unidade de saúde, levou os próprios membros da equipe do PSF a buscar instalações mais adequadas dentro da área, identificando outra casa para ser alugada pela SMS e assim reinstalar a unidade. Um trecho do depoimento de uma médica do Programa transcrito abaixo mostra um dos problemas, entre muitos apontados por outros entrevistados, referentes às condições em que o programa começou a funcionar no município.

“A casa alugada pela Prefeitura era um sobrado. Isso dificultava o acesso das pessoas idosas ao andar de cima, além disso era perigoso para as crianças. Assim nós mesmos procuramos outra casa na vizinhança e a coordenação alugou”.

A seleção dos profissionais para atuarem no PSF também se mostrou um espaço de conflito quando da tentativa de interferência dos vereadores no processo de seleção

dos Agentes Comunitários de Saúde indicando pessoas para ocuparem as vagas³⁹. A isto se contrapunha a opção dos gestores do programa em selecionar quadros a partir do perfil definido para o cargo. Este fato mostra como o Poder Legislativo exerce mais uma vez papel importante na intermediação de interesses na área de saúde no município. Explicita-se aí um embate entre o uso político-clentelista dos recursos e cargos públicos e a tentativa de imprimir uma lógica marcada pela racionalidade técnica.

Em um contexto de precariedade como o de São Gonçalo, a luta da SMS por uma seleção pautada em critérios baseados no maior preparo profissional carece de apoio da população e mesmo dos movimentos sociais locais que vêm no programa uma oportunidade de inserção no mercado de trabalho. Assim, na visão de uma profissional de saúde entrevistada:

“O que se percebe é que o PSF passou a ser uma alternativa empregatícia para muitas pessoas da cidade, principalmente para as numerosas vagas de agentes de saúde que, mesmo muito mal remunerados, atrai pessoas que jamais teriam oportunidade se não fosse aquela. Pessoas da própria comunidade”.

O depoimento acima transcrito reforça a consistência do argumento de Velozo (2000) que mostra como o clientelismo e o assistencialismo, historicamente têm contribuído, ainda que de forma perversa, para a redução das incertezas e que tais

³⁹ A forma de contratação dos profissionais para atuarem no PSF tem gerado inúmeros conflitos nas localidades onde o programa é implantado e tem sido objeto de intensos debates a nível nacional. Na imensa maioria dos municípios, os profissionais do PSF não são contratados através de concurso público, possuindo, muitas das vezes, vínculos empregatícios precários. Alguns segmentos defendem a não realização do concurso público e o não vínculo estatutário por acreditarem que estes tradicionais mecanismos de ingresso no serviço público acaba por engessar os mecanismos de gestão de recursos humanos, dificultando ou mesmo impedindo uma maior agilidade e flexibilização na contratação, na substituição de profissionais e na ocorrência de desligamentos. Por outro lado, é forçoso reconhecer que, em muitos casos, predominam as modalidades de contratação que se caracterizam pela informalidade ou precariedade do vínculo empregatício, o que implicou na perda de direitos trabalhistas básicos previstos na CLT e gerou dificuldades de fixação dos profissionais.

práticas articulam-se visceralmente ao conjunto de experiências que compõe o universo local entre nós.

O exame das estratégias adotadas pelos gestores locais para a implantação do programa mostra que esta implantação se dá sem o devido planejamento e sem a adoção de um instrumento de monitoramento de auxílio à gestão, o que determina falhas na supervisão e no desenvolvimento das ações previstas pelo programa.

Entrevistas realizadas com médicos atuantes no programa foram unânimes em mostrar que a supervisão realizada pelos coordenadores junto às equipes de saúde da família tinha um cunho apenas administrativo, de controle funcional e da carga horária dos profissionais, não se atendo a objetivos relativos à avaliação e à correção de rumos do trabalho realizado.

No tocante à questão da capacitação profissional, os entrevistados apontam que as atividades de capacitação não obedeciam a um planejamento prévio tanto no que se refere aos conteúdos quanto à periodicidade dos treinamentos realizados. A inexistência de uma agenda pré-definida, muitas vezes criava dificuldades para a rotina de trabalho nos módulos, já que os profissionais eram convocados sem a devida antecedência e a participação nas atividades de capacitação eram obrigatórias.

Com efeito, a problemática da formação dos profissionais para atuarem nas equipes de saúde da família têm se revelado um dos grandes desafios para o sucesso do programa, na medida em que ainda hoje observa-se o predomínio do modelo de formação assentado na extrema especialização e fragmentação do conhecimento, na tecnificação do ato médico e na ênfase nas ações curativas, em especial no processo fisiopatológico. Nesta direção, a instituição de mecanismos eficazes de capacitação

permanente representa, sem dúvida, importante processo para promover as alterações nas práticas sanitárias previstas no PSF.

Segundo técnicos da SMS, havia uma crença por parte dos gestores de que *as distorções seriam corrigidas no processo*. Esta visão, em verdade, desconsiderou a histórica ineficiência da máquina pública municipal na provisão de serviços. No caso do PSF, esta ineficiência se manifesta por exemplo na descontinuidade na provisão de insumos e medicamentos que criou problemas freqüentes de desabastecimento dos módulos do PSF, comprometendo, portanto, a resolutividade do programa.

As questões levantadas sobre a implementação do PSF em São Gonçalo mostram que não há um processo de co-responsabilidade da comunidade frente ao Programa e seus resultados. Um segmento vê na sua implantação a possibilidade de obter vantagens pessoais: os vereadores desejam indicar pessoas para os cargos; lideranças comunitárias e residentes em geral vêem nele a possibilidade de uma colocação profissional para si ou para membros da família. No caso dos profissionais atuantes no programa, seus testemunhos deixam claro as lacunas referentes à capacidade da SMS em gerir o grande montante de recursos – humanos e materiais – envolvidos na operacionalização do programa, gerando ineficiências sobre o desempenho das equipes, o que teve repercussões substantivas sobre o reconhecimento do programa pela população usuária. Quanto às lideranças municipais mais críticas, fica visível no depoimento abaixo, a avaliação da implantação do programa como uma iniciativa exclusiva do governo local, a quem cabia responder pelas iniquidades que foram se explicitando ao longo do processo de implementação. Tais críticas que ganham concretude no depoimento abaixo de uma liderança política do município:

“Mas me parece que (...) com a entrada do PSF sem discussão comunitária, sem explicar para que veio, nem como veio, e por não ter clareza no próprio processo seleção de seus profissionais, onde interferências políticas locais aconteceram o tempo todo. Não é um programa que a população tenha desejado, e aqui ficou como se fosse o maior programa, o município exemplo, né. E vai se destruindo, o que levou anos para construir. Nós tínhamos os pólos sanitários, que funcionavam como responsáveis por postinhos satélites. Então tinha toda uma estrutura montada, com trabalho de prevenção, com trabalho na comunidade. Tinha proposta de alguns postos 24 horas. Aí a gente vai verificando o caminho inverso, que é um não investimento no servidor público e na preferência dos profissionais contratados que não tem formação generalista, pra exercer uma função de saúde preventiva. São pessoas que já são profissionais antigos especialistas em suas áreas, e por conhecimentos políticos passam a ser os médicos do PSF”.

A própria secretária municipal de saúde foi exonerada em setembro de 2001 por divergências com autoridades políticas locais. Estudo realizado por Senna (2004) aponta que iniciativas adotadas pela Secretária no sentido de minimizar a influência da classe política local na condução das ações de saúde e, ao mesmo tempo, dotar a SMS de maior poder de regulação, inclusive sobre o setor privado conveniado, configuram elemento central que, associado à falta de uma base de sustentação a sua gestão, configurou o cenário para sua saída.

Desse modo, ainda que se possa reconhecer a nomeação desta técnica como um ponto positivo para a política de saúde municipal, sua presença na administração local careceu do apoio dos diferentes segmentos sociais locais. De um lado, sua gestão representava uma ameaça a interesses consolidados e, de outro, ela era vista como

alguém externo ao município e que, portanto, desconhecia o *modus operandi* da política local. A adoção como carro-chefe da sua gestão de um programa como PSF, apesar de elevado grau de consenso sobre sua viabilidade e eficácia na agenda política da saúde em termos nacionais, revelou-se extremamente complexo e sinuoso em São Gonçalo, confirmando a tese de que na fase de implementação de uma política ou programa social decisões altamente relevantes são tomadas e não apenas executadas tal qual o desenho formulado. O caso aqui em análise reforça, em nosso entendimento, estar correta a crescente relevância atribuída a esta fase pela literatura (Lindblon,1980; Silva,1999), tomando-a com um processo de aprendizado institucional de extrema relevância e um processo gerador de informação para o aperfeiçoamento da própria política.

É revelador o fato de que foi nomeado para suceder a secretária na SMS um vereador com forte ligação com o setor privado de saúde local. Embora a gestão deste novo secretário não esteja incluída no recorte temporal tomado por nossa análise, esta nomeação revela um rearranjo da arena decisória da política local de saúde no sentido do pleno restabelecimento da sua forma tradicional de operar, ou seja, demonstra a resistência das relações e estruturas políticas dominantes frente aos esforços (ainda que parciais) visando a conformação de um novo padrão de atenção à saúde.

O peso das variáveis contextuais envolvidas na implementação do PSF em São Gonçalo reforça o argumento enfatizado na literatura que trata da análise da implantação de políticas e programas sociais (Lobo,1998; Silva,1999; Perez,1998)que chama atenção para as inevitáveis variações em circunstâncias específicas dentro de um mesmo programa, principalmente daqueles de abrangência nacional.

O conteúdo assumido pelo PSF no município para além do desenho organizacional original presente no seu ideário normativo mostra a pertinência de se

indagar se o PSF é inovador em si por encetar estratégias de mudança e transformação do modelo de atenção á saúde. Ainda que esta crença possa ser útil para a adesão política a Programas como este e garantir a sua implantação em larga escala em realidades extensas e heterogêneas como o caso do Brasil, como bem argumenta Teixeira (2002), ela obscurece um aspecto essencial do problema, que aqui procuramos demonstrar, isto é, que qualquer programa ou política será (re)formatado na seqüência do processo de implantação pelo cenário político-institucional presente em cada contexto concreto.

Assim, a localização espacial, o tamanho das localidades, a capacidade institucional de resposta dos agentes executores, o ambiente político no qual se desenrolam as ações previstas, são fatores importantes, a levar-se em conta quando se busca analisar os resultados das ações implementadas.

Análises que levem em conta tais fatores, mormente através de estudos de casos, apontam certamente caminhos para as necessárias revisões e correções de rumo no curso das políticas, isto é, portam valiosas lições para o processo de formulação das políticas públicas.

CONCLUSÃO

O estudo que realizamos corrobora a concepção aqui adotada como pressuposto de que a análise de realidades concretas é condição para se estabelecer mediações eficazes à caracterização das relações entre poder local e políticas públicas em um contexto descentralizado como o que caracteriza o Estado brasileiro hoje. Uma compreensão mais acurada deste processo torna fundamental lançar luz sobre os dilemas que cercam o desenvolvimento da ação governamental no nível local, buscando identificar a constelação de instituições, agentes e redes políticas que se interpenetram, moldam, orientam e alteram o curso da atuação do poder local no campo das políticas sociais.

Importa, neste sentido, detectar empiricamente como o nível local, cujas funções no Estado centralizado em vigor no país durante décadas restringia-se a atividades rotineiras de suprimento de serviços básicos como pequenas obras de saneamento e pavimentação, construção de praças e prestação de serviços assistenciais emergenciais aos mais necessitados (Andrade,1996), responde às novas exigências impostas pela assunção da gestão do conjunto das ações de política social em seu território. Ressalte-se que cada uma dessas políticas edifica-se sobre uma engenharia institucional própria, o que requer do gestor local capacidade e eficiência para lidar com a administração de recursos públicos e com o gerenciamento da rede de serviços instalada no município.

Observa-se que o modelo descentralizado tem mostrado uma heterogeneidade entre as experiências no tocante ao formato assumido pelos programas sociais. Esta heterogeneidade é resultante do entrelaçamento entre as ações encetadas pelo governo central e a ação dos atores locais envolvidos na execução das políticas

Comparativamente a outras áreas de política social, a política de saúde têm sido alvo de fortes ações regulatórias por parte do governo federal visando imprimir um rumo específico à política conforme atestam inúmeros estudos (Arretche,2002; Draibe,1999; Lucchese, 1996). Todavia, embora tais ações regulatórias detenham substantiva relevância, a ação dos executores têm se revelado também variável decisiva para o sucesso ou fracasso da política, determinando resultados diversos nos diferentes estados e municípios do país.

Assim, no tocante aos sistemas locais de saúde, observamos desde experiências inovadoras/virtuosas até aquelas em que o poder local tampouco foi capaz de manter o padrão tradicionalmente ofertado antes da municipalização, seja devido tanto a fatores exógenos à política de saúde, quanto às condições de infra-estrutura e capacidade gerencial das secretarias de saúde, bem como aos mecanismos e capacidade de organização política dos usuários e entidades civis locais para o exercício do controle social na saúde.

Vimos que, o lugar de centralidade e o incremento do poder decisório do nível local e da sociedade locais potencializam inovações na condução da política e o incremento da qualidade dos serviços prestados. Todavia, ao contrário das formulações que inspiram o processo descentralizador e têm sua gênese nos estudos clássicos sobre as virtudes inerentes ao local, a revalorização do local como instância decisória não é garantia para que as inovações aconteçam, principalmente em se tratando de uma realidade como a nossa onde o nível local têm, em geral, uma tradição de baixa capacidade de gestão de políticas públicas aliada a uma baixa capacidade de gerar recursos através da arrecadação própria.

O estudo do caso de São Gonçalo demonstra que a produção da política de saúde na localidade esbarra em constrangimentos caracterizados pela interconexão entre elementos intrínsecos ao próprio ordenamento do sistema de saúde local e a maneira como se conforma o poder político no município.

Não se pode desconsiderar a tradição clientelístico-populista que marca a história do município, a qual buscamos traçar aqui os contornos e demonstrar como sua influência está fortemente presente na forma como se constitui e opera o poder local. Tal tradição tem, certamente, influência direta na arena decisória da política local de saúde, delineando, como analisamos: *a)* o relacionamento Executivo-Legislativo no tocante à área sanitária; *b)* o constrangimento do poder do Conselho Municipal de Saúde na formulação e controle da política que seria sua função; *c)* uma forma de mediação por outros critérios que não o interesse público a relação público-privado na prestação de serviços de saúde; *d)* a redefinição do conteúdo e das normas de operação de programas assistenciais incentivados pela esfera federal, enfim, redesenhando o sentido da política original derivada das regras de operação perpetradas pelo SUS.

De fato, a situação de precariedade socioeconômica que caracteriza a localidade e a ineficácia do sistema de saúde local constituem terreno fértil para o desenvolvimento de práticas clientelistas, fazendo da saúde moeda de troca relevante no processo de negociação política, ao mesmo tempo que a reatualização destas práticas clientelistas contribuem para perpetuar a vulnerabilidade social, constituindo assim, um círculo vicioso.

A rigor, embora se saiba da impossibilidade de generalização das conclusões oriundas de um estudo de caso, podemos dizer que as características do desempenho da gestão local em São Gonçalo representam, guardadas as singularidades próprias ao

município, uma tendência recorrente entre os municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, especialmente os periféricos que correspondem à maioria entre os 22 municípios que compõe a RM.

Santos Jr (2001) mostra através de seu estudo sobre a região que, embora prevaleça um quadro de grande alternância de partidos à frente das administrações municipais, reproduzem-se, via de regra, as mesmas práticas clientelistas e que a troca de poder se dá entre facções da mesma elite dirigente, representante dos mesmos interesses. O caso de São Gonçalo coaduna-se com a conclusão do autor ao afirmar que o que se verifica são processos de descontinuidade administrativas e constantes mudanças de prioridades, cujas conseqüências são extremamente negativas tanto para o desenvolvimento institucional das prefeituras locais quanto de projetos políticos mais consistentes no plano local.

O reforço da capacidade decisória e financeira do âmbito municipal tem como vimos incrementado a capacidade deste nível de governo de implementar políticas até mesmo naqueles contextos de maior pressão advinda da magnitude das demandas sociais locais. Em São Gonçalo, durante o período estudado pudemos atestar que o município passou a dispor de condições muito mais favoráveis que no passado (tanto a nível de competências legais quanto de acesso a recursos) para gerir as políticas locais. Diante deste novo quadro, torna-se essencial lançar mão de aportes metodológicos e analíticos mais refinados capazes de aferir a carência relativa e a qualidade dos serviços ofertados, bem como identificar os obstáculos ao incremento desta qualidade, os quais estão decididamente vinculados à lógica que baliza o processo decisório local.

É sugestiva, neste sentido, a afirmação de Marques (1998) de que graças aos investimentos nas periferias e favelas, impulsionados por burocracias técnicas e

políticos ou “arrancados” por movimentos sociais, a segregação dos serviços se dá hoje, cada vez menos pelas taxas de cobertura e, cada vez mais, pelas diferenças na qualidade do atendimento, na operação e frequência dos serviços.

Nesta direção, o desafio do município para gerir de forma mais eficiente as políticas sociais locais e mais especificamente a assistência à saúde, pressupõe, um aprofundamento da descentralização do poder político local, através da disseminação de novos espaços decisórios (ou da construção de *um espaço ampliado de poder local* conforme expressão de Soares e Gondim, 1998) e a adoção de uma conduta política em que a alocação dos recursos públicos e o atendimento às demandas se processe a partir de regras enunciadas, por oposição aos arranjos político-clientelistas que reforçam a concessão privilegiada de benefícios e recursos a determinados grupos locais, conforme apontamos em nossa pesquisa. O vigor destas regras de operação no tocante às decisões em torno da oferta de serviços é vital no sentido de extinguir ou mesmo amenizar os obstáculos impostos ao incremento da qualidade destas ações.

Conforme demonstram os casos onde a gestão local logrou êxito no exercício das funções públicas, também se coloca como um dos requisitos essenciais a adoção de políticas regulatórias de caráter mais abrangentes na gestão municipal, conforme apontado por diversos autores (Bava, 1998; Bochi, 1999; Castells e Borja, 1996; Souza, 2001), políticas estas que configuram arranjos macroinstitucionais pactuados entre os atores públicos e privados e que funcionam como uma moldura dentro da qual irão se processar as intervenções de caráter setorial, conformando um ambiente de cooperação social intensa entre governo e cidadãos e uma integração positiva e virtuosa entre as políticas sociais urbanas.

Assim, as constatações oportunizadas pelo estudo mostram a fecundidade do recurso metodológico centrado na reconstrução do processo decisório local em torno dos programas sociais e de se pôr em relevo as “variáveis contextuais”, ou seja, a importância da análise dos contextos onde se desenvolve o processo de implementação das políticas, conforme reafirmam autores como Bodstein (2002), Dennis e Champagne (2000), Lindblon (1981). Contexto este que, conforme assinala Bodstein, deve ser tomado não apenas como “cenário” que emoldura o processo de implementação, mas como um conjunto de elementos que podem contribuir para a construção da explicação e da compreensão acerca das características do processo e dos resultados alcançados.

É imprescindível portanto, para uma visão consistente do *status* da política social hoje no Brasil, estudos realizados a partir da seleção de casos, os quais podem contribuir decisivamente para acumulação de conhecimento sobre a temática, permitindo assim a flexibilização e a adaptação de estratégias político-institucionais à variabilidade de situações que caracterizam a realidade do país. Incrementa-se com isso, certamente, as chances de o modelo descentralizado de gestão de programas sociais aproximar-se do formato de gestão pública capaz de conjugar transparência na formulação e eficácia na implementação das políticas.

Subjaz a essa constatação a compreensão de que a realidade da política pública no Estado contemporâneo, principalmente em contextos federativos, é extremamente complexa, atravessada por intensas negociações, conflitos e cooperação, pela participação de diversos atores e níveis de governo, dotados de variados tipos de legitimação e que dispõe de recursos diversos.

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, R. C. Da condição de pobre à de não-pobre: modelos de ação pública antipobreza no Brasil in VELOSO, J. R. e ALBUQUERQUE, R. C. (orgs.) *Modernidade e Pobreza*, São Paulo: Nobel, 1994.
- ALMEIDA, C.M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva* 4 (2), 1999. pp.263-286.
- _____. Novos modelos de atenção à saúde – bases conceituais e experiências de mudança. In N.R. COSTA & J.M. RIBEIRO (org.). *Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. pp.69-98.
- ALMEIDA, M. H. T. Federalismo e Políticas Sociais in *Federalismo no Brasil: descentralização e políticas sociais*, São Paulo: FUNDAP, 1996.
- ABRÚCIO, F. L. et al. Descentralização e Pacto Federativo, *Cadernos ENAP*, Brasília, vol. 1, nº 1, 1993.
- _____. *Os Barões da Federação*. São Paulo: HUCITEC, 1998.
- ANDRADE, R. de C. (org.). *O Processo de Governo no Município e no Estado: uma análise a partir de São Paulo*. São Paulo : EDUSP, 1998.
- ANDRADE, I. A. L. Descentralização e Poder Municipal no Nordeste: os dois lados da nova moeda. Trabalho apresentado no XX Encontro Nacional da ANPOCS, Caxambu, 1996.
- ANTUNES, R. O Caráter Polissêmico e Multifacetado do Mundo do Trabalho. *Trabalho Educação e Saúde*, vol. 1, nº 1, Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2003.

- ARRETCHE, M. T. & MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva* 7 (3), 2002. pp.455-479.
- ARRETCHE, M. T. *Estado Federativo e Políticas Sociais*. São Paulo. Revam: FAPESP, 2000.
- BAVA, S. C. e SOARES, J. A. (org.) *Os Desafios da Gestão Municipal Democrática*, São Paulo: Cortez, 1998.
- BECKER, H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*, São Paulo: Hucitec, 1997.
- BARROS, M. E. D. Política de Saúde: a complexa tarefa de enxergar mudança onde tudo parece permanência in CANESQUI, A. M. (org.) *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1997.
- BECKER, H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BEZERRA, M. *Em Nome das Bases: política, Favor e Dependência Pessoal*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.
- BODSTEIN, R.; G.; SENNA, M; SOUZA, R. Novos Desafios à Gestão em saúde: A experiência do município de Duque de Caxias (RJ), *Revista de administração Pública*, vol 33, n° 4, Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 7 (3), Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.
- BODSTEIN, R. e SOUZA, R. Relação Público e Privado no Setor Saúde: tendências e perspectivas na década de 90 in GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. e GOMES, M. (org.) *O Clássico e o Novo: tendências e abordagens em ciências sociais e saúde*, Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2003.

- BOSCHI, R. R. Descentralização, clientelismo e capital social na governança urbana: comparando Belo Horizonte e Salvador. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol 42, nº 4, 1999, pp. 655-690.
- BOURDIN, A . *A questão Local*, Rio de Janeiro: DP&A editora, 2001.
- BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei, Relatório executivo, Brasília.
- BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica 01/96. Brasília, 1996.
- BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001. Brasília, 2001.
- BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BREMAEKER, F. Evolução das Finanças dos municípios no período 1989/1995, *Série Estudos Especiais* n° 13, IBAM/ APMC/ NAPI/ IBAMCO,1997.
- CARVALHO, M. Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: uma discussão conceitual, *DADOS- Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol. 40, nº 2, 1997.
- CARVALHO, M. in *Quatro Autores Em Busca do Brasil: entrevistas a José Geraldo Couto*, Rio de Janeiro: Rocco, 2000.
- CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário*, Petrópolis: Vozes, 1998.
- CASTELLS, M. e BORJA, J. As Cidades como Atores Políticos, *Novos Estudos Cebrap*, n° 45, julho de 1996.
- CASTRO, M. H. G. *Equipamentos Sociais, Política Partidária e Governos Locais no Estado de São Paulo – 1968/1982*, Dissertação de mestrado, Departamento De Ciências Sociais, IFCH-Unicamp, 1987.

- CONFORTO, G. Descentralização e Regulação da Gestão de Serviços Públicos. *Revista de Administração Pública* 32 (1), Rio de Janeiro: FGV, jan-fev. de 1998.
- COSTA, N. do R., A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In B. NEGRI & G. DI GIOVANNI (org.). *Brasil: radiografia da saúde*. São Paulo: IEI/UNICAMP, 2002, pp.307-321.
- COSTA, V. M. e OLIVEIRA, C. T. A fraqueza da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. In ANDRADE, R. de C. (org.). *O Processo de Governo no Município e no Estado: uma análise a partir de São Paulo*. São Paulo : EDUSP, 1998.
- COUTO, C. G. e ABRÚCIO, F. L. Governado a cidade: a força e a fraqueza da Câmara Municipal, *São Paulo em Perspectiva*, 9 (2), 1995.
- DANIEL, C. As Administrações Populares e Democráticas em Questão, *Espaço e Debates* n° 30, 1990.
- DENIS, J. L. e CHAMPANE, F. Análise da Implantação in HARTZ (org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- DRAIBE, S. As Políticas Sociais nos anos 90 in BAUMANN, R. (org.) *Brasil: uma década em transição*, São Paulo: Campus, 1999.
- DRAIBE, S. O Sistema Brasileiro de Proteção Social: o legado desenvolvimentista e a agenda recente de reformas. *Cadernos de pesquisa* 32. Campinas: UNICAMP, 1998.
- DOWBOR, L. Da Globalização ao Poder Local, *São Paulo em Perspectiva*, 9 (3), 1995.
- DINIZ, E. *Voto e Máquina Política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

- SCOREL, Sarah et al. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- GASPARY, M. A municipalização da Saúde em São Gonçalo. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social/ UFRJ. Dissertação de Mestrado, 1996.
- GENTILE, P. Educar para o desemprego: a desintegração da promessa integradora in FRIGOTTO, G. *Educação e Crise do Trabalho: Perspectivas de final de século*, Petrópolis: Vozes, 1998.
- HARVEY, D. Do Gerenciamento ao Empresariamento: a transformação da administração urbana no capitalismo tardio, *Espaço e Debates*, São Paulo, nº 39, 1996.
- HARVEY, D. A Condição Pós-Moderna, 9ª ed., São Paulo: Edições Loyola, 2000.
- HEIMAN, L. et. al. *O Município e a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- IMMERGUT, E. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*, New York : Cambridge University press, 1992.
- JACOBI, P. Políticas Sociais e os Desafios da Participação Cidadã, *Ciência & Saúde Coletiva* 7 (3), Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.
- JARA, C. Planejamento e Desenvolvimento Sustentável, Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, Centro de estudos/Debates nº 11, 1996.
- JOVCHELOVITCH, M. *Municipalização e Saúde: possibilidades e limites*, Porto Alegre: editora UFRS, 1993.
- LUCCHESI, P. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde- retrospectiva 1990/1995. Rio de Janeiro: Planejamento e Políticas Públicas IPEA, 1996.

- KAMEYAMA, A. Nova Configuração das Políticas Sociais, *Praia Vermelha: estudos de Política e Teoria Social*, Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.
- KING, D. e PIERRE, J. Challenges to Local Government – Theoretical Perspectives – Part I. London: Sage Publications, 1990.
- KUSCHNIR, K. *O Cotidiano da Política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 2000.
- LABRA, E. *Aspectos teóricos da implementação de políticas. Subsídios para analisar o SUS*. Paper apresentado no VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília: 2003.
- LAGO, L. C. Desigualdades e Segregação na Metrópole: O Rio de Janeiro em tempo de crise, Rio de Janeiro: Revan/ FASE, 2000.
- LAVILLE, C. & DIONNE, J. *A Construção do Saber: Manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas.*, UFMG/Artmed, Belo Horizonte/Porto Alegre, 1999.
- LEAL, V. N. *Coronelismo, Enxada e Voto: O município e o regime representativo no Brasil*, 5ª ed., São Paulo: Alfa-ômega, 1986.
- LESBAUPIN, Ivo (org.). *O Desmonte da Nação: Balanço do Governo FHC*, Petrópolis: Vozes, 1999.
- LESBAUPIN, IVO. *Poder Local X Exclusão Social: as experiências das prefeituras democráticas no Brasil*, Petrópolis: Vozes, 2000.
- LEVCOVITZ, E. & LIMA, L. D. & MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 6 (2), 2001. pp.269-291.
- LINDBLON, C. E. *O Processo de Decisão Política*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981.

- LOBO, T. Avaliação de processos e impactos em programas sociais – algumas questões para reflexão in Rico, E. M. (org.) *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*, São Paulo: Cortez, 1998.
- LOJKINE, J. O Estado Capitalista e a Questão Urbana, São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- LUCCHESI, P. T. R. 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 14*, 1996, pp.75-156.
- MACHADO, F. *A Atuação do Poder Público na Construção do Espaço Urbano Gonçalense entre os anos 1920-1950*. São Gonçalo: Faculdade de Formação de Professores/UERJ. Monografia de conclusão de curso de Licenciatura Plena em História.
- MARQUES, E. C. Redes Sociais e Permeabilidade do Estado: Instituições e Atores Políticos na Produção da Infra-estrutura Urbana no Rio de Janeiro. Tese de Doutorado apresentada ao instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas, 1998.
- MASSOLO, A. . Em direção às Bases, *Espaço e Debates*, nº 30, 1988.
- MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência & Saúde Coletiva 6 (2)*, 2001. pp.377-390.
- MELO, M. Entre Estado e Mercado: mudanças estruturais na esfera pública e a questão urbana, *Espaço & Debates*, n ° 30, 1991.
- MELO, M. Municipalismo, Nation-building e Modernização do Estado no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n ° 23, São Paulo: ANPOCS, 1995.

- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- MENDES, E. V. (org.), 1993. *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro / São Paulo: ABRASCO-HUCITEC, 1993.
- MENDES, F. L. *Democracia em São Gonçalo –1945-1960*. São Gonçalo: Faculdade de Formação de Professores/ UERJ. Monografia de conclusão de curso de Licenciatura Plena em História, 2002.
- MENDONÇA, A . M. *O município de São Gonçalo: das indústrias às ruínas e vazios industriais*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional/ UFRJ, 2000.
- MÉRRINIEN, F. L' Etat – Providence, *Collection Que Sais-je?*, Paris: PUF, 2000.
- MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SOUZA, R. G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciência & Saúde Coletiva* 7 (3), 2002.pp.509-521.
- NASCIMENTO, F. et al. *São Gonçalo Industrial: uma análise do processo de industrialização e desindustrialização do município de São Gonçalo no século XX*, 2000, mimeo.
- PEREZ, J. R. Avaliação de processos e impactos em programas sociais in Rico, E. M. (org.) *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*, São Paulo: Cortez, 1998.
- PRALON, E. M. e FERREIRA, G. N. Centralidade da Câmara Municipal de São Paulo no Processo Decisório in ANDRADE, R. de C. (org.). *O Processo de Governo no Município e no Estado: uma análise a partir de São Paulo*. São Paulo: EDUSP, 1998.

- PUTNAM, R D. *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 1993.
- ROCHA, S. *Desigualdade Regional e Pobreza no Brasil: a evolução 1981/1995*. Rio de Janeiro: IPEA, 1996.
- REZNIK, L. (org.) *O intelectual e a Cidade: Luís Palmier e a São Gonçalo Moderna*, Rio de Janeiro: EDUERJ, 2003.
- SANTOS, A. P. M. *Economia, Espaço e Sociedade no Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.
- SANTOS Jr, O. A. *Democracia e Governo Local: Dilemas da Reforma Municipal no Brasil*, Rio de Janeiro: REVAN/ FASE, 2001.
- SCHNAPPER, D. *A Compreensão Sociológica: como fazer análise tipológica*, Lisboa: Gradiva, 1999.
- SCWARTZ, Bernard. *O federalismo norte-americano atual*, Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1986.
- SENNA, M.C.M; SOUZA, R.G.; MONNERAT, G. L. A descentralização no campo da saúde: avanços e impasses na implementação de uma política. *Em Pauta*, n ° 18, 2003.
- SENNA, M. *Racionalidade Técnica e Lógica Política: Um estudo sobre o processo de implantação do Programa Saúde da Família em São Gonçalo-RJ* Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.
- SILVA, P. L. B. et al. *Modelo de Avaliação de Programas Sociais Prioritários, Relatório Final*. Campinas (SP): Núcleo de Avaliação de Políticas Públicas/UNICAMP. *Ex. mimeo*, 1999.

- SIMMEL, G. A Metrópole e a Vida Mental in VELHO, O. G. (org). *O Fenômeno Urbano*, Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- SINGER, Paul . Desafios com que se defrontam as grandes cidades brasileiras in BAVA, S. C. e SOARES, J. A. (org.) *Os Desafios da Gestão Municipal Democrática*, São Paulo: Cortez, 1998.
- SKOPOL, T. e AMENTA, E. States and Social Policies, *Annual Review of sociology*, nº 12, 1986.
- SOARES, J. e GONDIM, L. Novos Modelos de Gestão: lições que vem do poder local in BAVA, S. C. e SOARES, J. A. (org.) *Os Desafios da Gestão Municipal Democrática*, São Paulo: Cortez, 1998.
- SOARES, L. T. Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal da América Latina. Coleção Nossa Época vol. 78, São Paulo: Cortez, 2000.
- SOUSA, M. F.; Fernandes, A.; ARAÚJO, C. & FERNANDES, M. C., 2000. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contextos e possibilidades. *Divulgação em Saúde para debate* 21.
- SOUZA, C. Gestão Local e Gestão Metropolitana: Um falso dilema, *Espaço e Debates* 30, 1990.
- SOUZA, C. Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O impacto do federalismo e da descentralização, *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol.41, nº 3, 1998.
- SOUZA, C. e BLUMM, M. Autonomia Política Local: uma revisão da literatura, *BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, nº 48, 1999.

- SOUZA, C. Construção e Consolidação de Instituições Democráticas: papel do orçamento participativo. *São Paulo em Perspectiva*, vol. 15, nº 4, Fundação SEADE, São Paulo, Out-Dez de 2001.
- SOUZA, R. G. e BODSTEIN, R. C. Inovações na Intermediação entre os Setores Público e Privado na Assistência á Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 7 (3), Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.
- STEINMO, S; THELEN, K. *Structuring Politics: Historical institutionalism in Comparative analysis*, New York : Cambridge University press, 1994.
- TASCHNER, S. P. Mudanças no Padrão de Urbanização: novas abordagens para a década de 90, *Espaço & Debates*, n ° 32, 1991.
- TEIXEIRA, E. *O Local e o Global. Limites e Desafios da Participação Cidadã*, São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador:UFBA, 2001.
- TENDLER, J. *Bom Governo nos Trópicos: uma revisão crítica*. Brasília: ENAP/ Revan, 1998.
- VELOZO, V. R. Comunidade Solidária: experiência (com)partilhada?. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.
- VIANA, A. L. & DAL POZ, M. R., 1998. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis. Revista de Saúde Coletiva* 8 (2). pp.11-48.
- VIANA, M. L. W. e GUERSHMAN, S. *A Miragem da Pós-Modernidade*
- WORLD BANK, *World Development Report*, 1993.
- Yin, R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*, Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZIMMERMANN, A. *Teoria Geral do federalismo Democrático*, Rio de Janeiro: Lumen

Júris.

ANEXOS

ANEXO I

REDE AMBULATORIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO

Postos de Assistência Médica - PAM's	PAM Alcântara
	PAM Coelho
	PAM Neves
	PAM São Gonçalo
	PAM São Miguel
Pólo Sanitário Washington Luiz Lopes	Posto de Saúde Ana Neri
	Posto de Saúde Dr. Armando Gueiras Ferreira
	Posto de Saúde Robert Kock
	Posto de Saúde Wally Figueira da Silva
	Posto de Saúde Juvenil Francisco Ribeiro
	Posto de Saúde Madre Tereza de Calcutá
	Posto de Saúde Dr. Haroldo Pereira Nunes
	Posto de Saúde Luiz Carlos Prestes
	Posto de Saúde Presidente Getúlio Vargas
Posto de Saúde Barbosa Lima Sobrinho	
Pólo Sanitário Rio do Ouro	Posto de Saúde Adão Pereira Nunes
	Posto de Saúde Hiparco Ferreira
	Posto de Saúde Anaia
	Posto de Saúde Doltel de Andrade
	Posto de Saúde Engenho do Roçado
	Posto de Saúde José Avelino da Silva
	Posto de Saúde Marechal Cândido Rondon
Pólo Sanitário Paulo Marcos Rangel	Posto de Saúde Constantino Farah
	Posto de Saúde Mahatma Ghandhi
	Posto de Saúde Alexander Fleming
	Posto de Saúde Albert Sabin
	Posto de Saúde Carlos Chagas
Pólo Sanitário João Goulart	Posto de Saúde Tancredo Neves
	Posto de Saúde Ary Teixeira
	Posto de Saúde Santa Luzia
	Posto de Saúde Luiz Pasteur
	Posto de Saúde Jardim Catarina
	Posto de Saúde Dr. Jorge Teixeira de Lima
Pólo Sanitário Roberto Silveira	Posto de Saúde Roberto Silveira
	Posto de Saúde Emílio Ribas
	Posto de Saúde Bandeirantes
	Posto de Saúde Luiz Paulo Guimarães
	Posto de Saúde Juarez Antunes
	Posto de Saúde Manoel de Abreu
	Posto de Saúde Irmã Dulce
	Posto de Saúde Adolfo Lutz
	Posto de Saúde Monjolos
	Posto de Saúde Oswaldo Cruz
Posto de Saúde Santa Izabel	

Fonte:SUSC (Superintendência de Saúde Coletiva) - Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo

ANEXO II
BAIRROS DE SÃO GONÇALO POR DISTRITO

1º Distrito São Gonçalo	2º Distrito Ipiúba	3º Distrito Monjolos	4º Distrito Neves	5º Distrito Sete Pontes
Antonina	Alcântara	Bom Retiro	Fazenda dos Mineiros	Anaia Grande
Barro Vermelho	Almerinda	Cruzeiro do Sul	Guarani	Anaia Pequeno
Boassu	Amendoeira	Jardim Catarina	Itaoca	Arrastão
Boa Vista	Barracão	Laranjal	Itaúna	Arsenal
Brasilândia	Coelho	Marambaia	Luiz Caçador	Engenho do Roçado
Camarão	Colubandê	Miriambi	Mutuá	Ipiúba
Centro	das Acácias	Santa Luzia	Mutuaguassu	Jardim Nova República
Covanca	Eliane	Vila Iara	Mutuapira	Jóquei
Engenho Pequeno	Gebara		Nova Cidade	Maria Paula
Estrela do Norte	Ieda		Palmeiras	Rio do Ouro
Galo Branco	Lagoinha		Porto do Rosa	Tribobó
Gradim	Largo da Idéia		Salgueiro	Várzea das Moças
Jardim Amendoeira	Monjolos			
Lindo Parque	Novo México			
Mangueira	Pacheco			
Morro do Castro	Raul Veiga			
Mutondo	Sacramento			
Neves	Santa Isabel			
Parada 40	Tiradentes			
Paraíso	Tiradentes			
Patronato	Trindade			
Pita	Vila Candosa			
Porto da Madama	Vila Três			
Porto da Pedra	Vista Alegre			
Porto Novo				
Porto Velho				
Rocha				
Rosane				
Santa Catarina				
São Miguel				
Tenente Jardim				
Venda da Cruz				
Vila Lage				
Zé Garoto				
Zumbi				

ANEXO III
PRINCIPAIS INDÚSTRIAS INSTALADAS NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO

Empresa	Nº de empregados	Produtos
Ageplast	120	Embalagens plásticas
Akzo Nobel	163	Tintas e vernizes
Aloés & Aloés	350	Fraldas descartáveis e absorventes
Blessed Roupas	120	Jeans e brim
Brasil Sul	430	Lavanderia industrial, confecção e construção civil
Compel	180	Prestação de serviços
Conservas Piracema	300	Pescados e conservas
Conservas Rubi	262	Pescados e conservas
Cooperativa Central dos Produtores de Leite - CCPL	222	Laticínios
Davidson Químicae Farmacêutica	100	Produtos farmacêuticos
Desk Móveis	200	Fabricação de móveis
Electrovidro	300	Vidros e cristais
Equatores Confecções	160	Peças de vestuários
Famaplast	120	Artefatos diversos de plástico
Farmoquímica	110	Remédios
Fraspol	300	Embalagens plásticas
Getec Guanabara Química Industrial	237	Produtos químicos
Hartmann	330	Equipamentos médico-hospitalares
Jeans Daikiry	400	Peças de vestuário
Laboratórios B. Braun	1.296	Remédios
Mineirinho	250	Refrigerantes
Plastigel	481	Utilidades domésticas
Produtos Saborosos	100	Embutidos
Quaker Brasil	1.149	Aveia, sardinhas Coqueiro e achocolatados
Sul Atlântico	280	Pescados e conservas
Telenge Telecomunicações	252	Construção civil e telefonia
Vedapack	110	Embalagens de plástico
Yamagata Engenharia	232	Construção civil

Fonte: Cadastro Industrial do Estado do Rio de Janeiro 2000-2001, editado pela FIRJAN.