

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro

Por

Ionara Ferreira da Silva

**Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde
Pública/Fundação Oswaldo Cruz, com vistas à obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública**

Orientadora: Prof^a Maria Eliana Labra

Rio de Janeiro, abril de 2000

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Esta dissertação, intitulada

**O PROCESSO DECISÓRIO NAS INSTÂNCIAS COLEGIADAS
DO SUS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

apresentada por

Ionara Ferreira da Silva

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^{OR} Dr. Ana Luiza D'Ávila Viana

Prof^{OR} Dr. José Mendes Ribeiro

Prof^{OR} Dr. Maria Eliana Labra (Orientadora)

Prof^{OR} Dr. Maria Inês Souza Bravo (suplente)

Prof^{OR} Dr. Jeni Vaitsman (suplente)

Dissertação defendida e aprovada em abril / 2000

FICHA CATALOGRÁFICA

SILVA, I.F.

O PROCESSO DECISÓRIO NAS INSTÂNCIAS COLEGIADAS DO SUS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Ionara Ferreira da Silva

ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, abril de 2000.

Orientador: Maria Eliana Labra

Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação

Oswaldo Cruz

1- Brasil

2- Política de Saúde

3- Formulação e Implementação de Políticas

4- Processo Decisório

5- Controle Social

AGRADECIMENTOS

- A Deus, a oportunidade de realização deste trabalho;
- A meus pais Anael e Lourdes, o apoio irrestrito a meu crescimento intelectual;
- A minha orientadora Maria Eliana Labra, a orientação competente, a confiança que depositou em mim e pelas brilhantes sugestões;
- Aos professores Ana Luiza D'Ávila Viana e José Mendes Ribeiro, a disponibilidade de participar da Banca Examinadora e os ilustres comentários;
- As professoras Maria Inês Souza Bravo e Jeni Vaitsman, a participação na Banca Examinadora enquanto suplentes;
- Aos entrevistados, as informações que permitiram a realização desse trabalho;
- A minha amiga Carla Pacheco Teixeira, a amizade e companheirismo;
- Aos colegas de turma e docentes que me ajudaram a enriquecer a discussão da tese;
- A CAPES, o apoio financeiro integral e contínuo à minha pós-graduação;
- A todos os que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho;

O meu sincero muito obrigada.

SUMÁRIO

Pág.

Apresentação	11
--------------------	----

Capítulo I – Formulação de políticas e o processo decisório

1. Conceito de política	13
2. Agenda	14
3. Grupos de interesse	16
4. Formulação de políticas	21
5. Implementação	22
6. O processo decisório	24
7. Financiamento das políticas: Pivô das lutas distributivas	26

Capítulo II – O SUS e as arenas colegiadas

1. Formulando uma política nacional de saúde	29
2. As políticas de saúde no Estado do Rio de Janeiro	46
a) A redemocratização e o poder do governador	46
b) Governo Marcello Alencar	52
c) Governo Anthony Garotinho	56

Capítulo III – Atores em movimento

1. Aspectos metodológicos	58
2. O Conselho Estadual de Saúde – CES – e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB – no Rio de Janeiro	60
3. Funcionamento do CES e da CIB	61
4. Negociações na CIB: conflitos e acordos	64
5. O papel da Secretaria Estadual de Saúde – SES/RJ	68
6. Relação entre CES, CIB e SES	70

7. Temas em debate -----	73
a) Controle Social -----	73
b) Financiamento -----	77
c) Habilitação -----	82
8. Influência político partidária -----	84
9. Relação entre MS, CIT, CIB E SES -----	88
Considerações finais -----	92
Bibliografia -----	97
Anexos	

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Principais assuntos discutidos nas reuniões do CES-RJ (1998-99)

Anexo 2: Principais assuntos discutidos nas reuniões da CIB-RJ (1998-99)

Anexo 3: Roteiro de entrevista

Anexo 4: Atores entrevistados

Anexo 5: Relação das entidades que compõem o CES-RJ

SIGLAS

- ◆ **AIH** – Autorização de Internação Hospitalar
- ◆ **AIS** – Ações Integradas de Saúde
- ◆ **BID** – Banco Interamericano de Desenvolvimento
- ◆ **BM** – Banco Mundial
- ◆ **CES** – Conselho Estadual de Saúde
- ◆ **CFNS** – Conferência Nacional de Saúde
- ◆ **CIB** – Comissão Intergestores Bipartite
- ◆ **CIPLAN** – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
- ◆ **CIT** – Comissão Intergestores Tripartite
- ◆ **CMS** – Conselho Municipal de Saúde
- ◆ **CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- ◆ **CONASEMS** – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
- ◆ **CONASP** – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
- ◆ **CONASS** – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
- ◆ **COSEMS** – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
- ◆ **FBH** – Federação Brasileira de Hospitais
- ◆ **FRO** – Ficha de Programação Orçamentária
- ◆ **IAPAS** – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
- ◆ **INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- ◆ **INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social
- ◆ **LOS** – Lei Orgânica da Saúde
- ◆ **MS** – Ministério da Saúde
- ◆ **MPAS** – Ministério da Previdência e Assistência Social
- ◆ **NOB** – Norma Operacional Básica
- ◆ **PPA** – Plano Pronta Ação
- ◆ **PAB** – Piso de Atenção Básica
- ◆ **PESB** – Programa Especial de Saúde da Baixada Fluminense
- ◆ **PPI** – Programação Pactuada e Integrada

- ◆ **SAS/MS** – Secretaria de Assistência à Saúde do MS
- ◆ **SAMHPS** – Sistema de Assistência Médico Hospitalar
- ◆ **SES** – Secretaria Estadual de Saúde
- ◆ **SIH/SUS** – Sistema de Informação Hospitalar do SUS
- ◆ **SIA/SUS** – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
- ◆ **SINPAS** – Sistema Nacional de Previdência Social
- ◆ **SMS** – Secretaria Municipal de Saúde
- ◆ **SUDS** – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
- ◆ **SUS** – Sistema Único de Saúde
- ◆ **TFA** – Teto Financeiro de Assistência

RESUMO

Em geral, a literatura sobre o *policy-making* governamental refere-se a todo o processo de formulação das políticas, sendo analisados temas que abrangem a formação da agenda, as arenas de tomada de decisão, o processo decisório em si e a forma como os atores fazem suas escolhas, exercem pressões e formam coalizões para influir no resultado das decisões.

Nesta dissertação, examinamos, no período de janeiro de 1998 a julho de 1999, um aspecto desse processo no estado do Rio de Janeiro, qual seja, as arenas decisórias representadas pelo Conselho Estadual de Saúde – CES – e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB –, enquanto espaços formais de decisão das políticas de saúde, bem como a relação desses colegiados com a Secretaria Estadual de Saúde – SES – como instância de aprovação e veto e, portanto, fundamental na implementação do SUS no estado.

Para a viabilização da nova política de saúde, negociações e pactuações são realizadas entre os atores envolvidos. Frente a isso, buscamos compreender as relações entre as arenas e com as autoridades setoriais, as regras que emolduram o processo decisório, os conflitos existentes e o seguimento das resoluções desses colegiados.

Apesar de confrontos políticos observados entre a SES, CIB e CES, o avanço democratizante da atual política de saúde é um fato concreto, já que é possível, de um lado, diversos grupos da sociedade civil organizada participarem da formulação e fiscalização da política, e de outro, os gestores compartilharem das decisões que dizem respeito à operacionalização técnica do SUS.

Conclui-se que o desenho dessa política vem possibilitando a maior influência de atores sociais envolvidos nas decisões e que os arranjos de concertação, embora fruto da correlação de forças em cada conjuntura, propicia a democratização do *policy-making* setorial.

PALAVRAS-CHAVES: Brasil. Políticas de Saúde. Formulação e Implementação de Políticas. Processo Decisório. Controle Social.

ABSTRACT

The literature concerning governmental policy-making use to comprehend the whole process of the policy formulation, through the analyses of the following themes: agenda building, decisory arenas, the decision-making processes and the way actors make their choices, exert pressures and form coalitions to influence on policy outcomes.

In this dissertation, we analysed, from January 1998 to July 1999, an aspect of this process in the state of Rio de Janeiro: the formal decision arenas represented by Conselho Estadual de Saúde – CES – and Comissão Intergestores Bipartite – CIB –, as well as the relationships between these councils and the Secretaria Estadual de Saúde – SES –, which holds political responsibility for approving or rejecting decisions, being thus a fundamental actor regarding the implementation the Sistema Único de Saúde – SUS – in the state.

To make the new health policy work deals and pacts have been made between the actors involved. We have tried to understand the relationships among the arenas and the sector authorities, the rules that frame the decision-making process, the actual conflicts and the scope of the resolutions taken these by coucils.

Despite the political confrontation observed among SES, CIB and CES the health policy democratic development is a reality. On the one hand, different groups of the organized civil society take part on the formulation and inspection of the health policy, and, on the other hand, the managers have to share decisions concerning the technical operationalization of SUS.

We conclude that the new design of the health policy regarding decision-making process has enabled increasing influence of social actors envolved on the decisions and that the concertation arrangements, although the result of a given correlation of forces, favours democratization of the sectorial policy-making.

Key words: Brazil. Health policy. Policy Formulation and Implementation. Decision-making Process. Social Control.

APRESENTAÇÃO

A literatura sobre o *policy-making* governamental refere-se, em geral, a todo o processo de formulação das políticas, sendo analisados temas que abrangem a formação da agenda desenvolvida a partir de problemas colocados pela sociedade, os espaços institucionais de tomada de decisão, o processo decisório em si e a forma como os atores fazem suas escolhas, exercem pressões e formam coalizões para influir no resultado das decisões, sendo a política pública o resultado desse conjunto de elementos e relações.

Este estudo focaliza aspectos parciais desses processos, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde – CES – e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB –, enquanto arenas de decisão das políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro e a relação dessas instâncias com a Secretaria Estadual de Saúde – SES –, como instância política fundamental na concretização (ou não) das resoluções desses colegiados para a implementação do SUS.

No Capítulo I abordamos brevemente as etapas do processo de formulação de políticas, apreendendo dessa literatura alguns componentes-chave para subsidiar o estudo, dando relevância às regras do jogo que facilitam ou constroem a conduta dos atores no processo decisório.

No Capítulo II apresentamos as origens e evolução da política de saúde atual até a idealização, aprovação e implementação do SUS. Observamos, neste contexto, a relação entre a modelagem original no passado autoritário e o redesenho da política com a redemocratização do país. Descrevemos, por último, a experiência do Rio de Janeiro, em particular o papel dos governadores e da SES na condução e rumos da política de saúde.

No Capítulo III, a partir da pesquisa empírica, fazemos algumas considerações sobre a função e o poder institucional dos colegiados, o papel da SES, a relação entre essas arenas e as negociações estabelecidas. Entre os assuntos objeto de discussão e negociação entre os atores, temas como controle social, financiamento e habilitação

prevaleceram e foram fundamentais para entendermos, embora parcialmente, o processo decisório no nível estadual, bem como a influência exercida pelos partidos políticos na tomada de decisões.

Estamos certos de que este estudo vai servir para pesquisas e trabalhos futuros que se dediquem a analisar o processo decisório no âmbito do Sistema Único de Saúde e/ou avançar em estudos comparativos entre os estados do Brasil.

Capítulo I – Formulação de políticas e o processo decisório

Neste capítulo apresentamos as questões teóricas relativas ao processo de decisão e formulação de políticas e abordamos os seguintes conceitos: política pública, agenda, grupos de interesses, formulação de políticas, implementação e processo decisório.

Embora a literatura sobre o *policy-making* refira-se a macro processos de formulação de políticas, fornece subsídios e elementos para entendermos processos decisórios mais localizados como os que têm lugar nas instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde – SUS –, mais especificamente no Conselho Estadual de Saúde – CES – e na Comissão Intergestores Bipartite – CIB – do estado do Rio de Janeiro.

1. Conceito de política

A política pública é resultado de um demorado e intrincado processo que envolve interesses divergentes, confrontos e negociações entre várias instâncias instituídas ou arenas e entre os atores que delas fazem parte. A política pública pode ser definida como:

Um conjunto de ações e omissões que manifestam uma modalidade de intervenção do Estado em relação a uma questão que chama a atenção, o interesse e a mobilização de outros atores da sociedade civil. Desta intervenção, pode-se inferir uma determinada direção, uma determinada orientação normativa, que, presumivelmente, afetará o futuro curso do processo social desenvolvido, até então, em torno do tema.
(Oszlak e O'Donnell, 1976:21)

Quanto mais atores sociais ou institucionais fizerem parte do curso político, mais amplo ele será, sendo a política pública o resultado das relações estabelecidas entre eles. Logo, a política pública compreende um conjunto de atores ou grupos de interesses que se mobilizam em torno de uma política; instituições, cujas regras de procedimento impedem ou

facilitam o acesso de atores às arenas decisórias; processo de decisão, onde os atores estabelecem coalizões e fazem escolhas para a ação; e produtos do processo decisório ou política resultante.

A literatura é consensual na identificação das fases da **formulação de políticas**, que seriam: 1) reconhecimento de assuntos; 2) formulação de problemas; 3) identificação das necessidades; 4) fixação de objetivos; 5) consideração de opções; 6) intervenção; e, 7) avaliação das conseqüências. Também há acordo em que, ao analisar uma política, faz-se necessário examinar as agências formadoras de políticas, as regras para tomada de decisão, as inter-relações entre as agências e os formuladores, bem como os agentes externos que influenciam o seguimento das decisões.

Como qualquer política pública, a política de saúde é fruto de um complexo processo de negociações e confrontações entre a burocracia pública, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesses e organizações da sociedade civil. As instâncias colegiadas do SUS, enquanto espaço de embates e de escolhas políticas e técnicas, assumem elevado grau de importância na determinação dos rumos das políticas setoriais. Estas se pautam por diretrizes contidas na Constituição de 1988, nas leis 8.080 e 8.142 de 1990, e Normas Operacionais Básicas que respaldam a implementação do SUS. Trata-se, portanto, de decisões intermediárias que envolvem relações intergovernamentais entre a União e os entes subnacionais, buscando a cooperação para o sucesso de descentralização da política de saúde.

2. Agenda

Kingdon (*apud* Viana, 1995), analisando as fases da política, procura entender por que alguns assuntos são colocados na agenda e outros não. A agenda seria constituída por assuntos que chamam atenção do governo e dos cidadãos. Esta poderia ser classificada em três tipos: não governamental (assuntos relevantes para a opinião pública mas não chamam atenção do governo), governamental (problemas que

chamam a atenção das autoridades) e a agenda de decisão ou lista dos problemas a serem decididos.

A construção da agenda é influenciada pelos atores ativos e pelos processos pelos quais alguns assuntos sobressaem. Os atores ativos seriam os atores governamentais (parlamentares, executivo, funcionários do congresso etc.) e não governamentais (agentes externos, mídia, grupo de pressão, opinião pública etc.). Para Machado,

Na questão da agenda está o envolvimento de espaços de intermediação de interesses sociais, ora confluentes, ora negociáveis, ora conflitantes, onde as forças sociais pressionam para que sejam adotadas suas proposições nos processos decisórios. (Machado, 1999:13)

Entretanto, as chances das categorias sociais influenciarem a agenda são desiguais, porque o acesso e o controle dos meios de produção, de organização e de comunicação são também desiguais. (Offe 1991:53)

Segundo Lindblom (1985), a inclusão/exclusão de um determinado assunto na agenda varia de acordo com o ativismo dos cidadãos e partidos políticos para chamar a atenção das autoridades, com a ideologia social (valores, crenças que favorecem ou não a opinião), com a interação dos atores e a possibilidade de participação democrática. O autor conclui que é sempre um grupo restrito que toma a decisão final.

No caso das instâncias colegiadas do SUS, em particular o CES-RJ e a CIB-RJ, a agenda é elaborada a partir das normas já existentes e discutida por seus membros. Entretanto, a dinâmica dessas instâncias é diferenciada devido à natureza distinta de cada ator frente às decisões previamente tomadas pelo Ministério da Saúde. Com efeito, como veremos no capítulo seguinte, os conselhos de saúde estariam relacionados com a própria formulação e o acompanhamento das políticas. Já as comissões intergestores, com a aplicação das normas de operacionalização do SUS.

Quanto às desigualdades existentes entre os atores, a legislação do SUS estabeleceu a paridade de representação entre os membros institucionais e não institucionais, para eliminá-las ou diminuí-las.

Em resumo, embora a agenda da saúde contemple as diretrizes políticas já emitidas na legislação maior e nas determinações do MS, no plano estadual e mesmo municipal há ampla margem para inovações e redimensionamentos que, contudo, devem ser objeto de deliberação e decisão nos respectivos colegiados.

3. Grupos de interesse

De acordo com Mény (1996), os grupos se organizam mediante um interesse comum que os defina. De um modo geral, todos os grupos são grupos de interesse. Na ciência política, grupos de interesse são entendidos como aqueles que, mediante formas múltiplas e variadas, procuram fazer valer seus interesses junto ao poder político. Por sua vez, o poder político estabelece relações com esses grupos, seja para proibi-los, interdita-los, controlá-los ou associá-los à sua ação. Assim, o grupo de interesse se distingue dos outros grupos pela sua interação com as instituições do Estado e com os partidos políticos.

Esses grupos, embora sejam influenciados pela ideologia política, possuem acesso facilitado (ou dificultado) conforme a sua proximidade relativa do poder. Um grupo de interesse pode organizar-se não só para influenciar o poder mas também para participar da sua conquista e do seu exercício, devendo se transformar, no segundo caso, em partido político. Os partidos políticos, embora tendo algumas funções semelhantes aos grupos de pressão (transmissão de questões políticas, mediação entre sociedade civil e governo, participação e integração social), possuem atribuições específicas como competição eleitoral e gestão direta do poder. Os grupos de pressão não participam diretamente do processo eleitoral, nem do poder político, mas se interessam por se aproximar deste e influenciar as decisões.

Os grupos de interesse exercem influência no curso decisório bem como cumprem função fiscalizadora. Buscam afetar as decisões,

segundo seus objetivos, mediante o *lobbying*, ou seja, são intermediários que transmitem os interesses dos seus grupos aos centros de decisão.

Para Mény (1996), citando Almond e Powell, os grupos de interesse são distinguíveis segundo a sua organização. Os grupos institucionais e os associativos possuem grau de organização suficiente que os possibilitam influenciar e agir sobre o poder político. Os grupos institucionais, que não são formados com o objetivo de fazer valer seus interesses próprios, podem, se necessário, utilizar a sua forte organização para interferir nas decisões políticas, como por exemplo as igrejas, forças armadas etc. Os grupos associativos, ao contrário, são constituídos com o objetivo específico de representar sua categoria (sindicatos, colegiados profissionais, associações etc.). Mény descreve grandes grupos associativos que trabalham nesse sentido e possuem geralmente interesses opostos, como o patronato e os sindicatos.¹

Os grupos de interesse devem se organizar e pressionar os poderes públicos para se fazerem ouvir. Mas esses últimos não são inertes e trabalham procurando às vezes proibir, conter, atenuar ou regulamentar a pressão integrando e institucionalizando os grupos. Essa questão pode ser acompanhada por orientações liberais ou corporativas. Num sistema liberal, o objetivo é fixar as regras do jogo, mediante regulações que vão normatizar as ações, a fim de limitar as influências. Por outro lado, a partir de uma orientação corporativa, o poder público pode adotar uma atitude de integração dos grupos de interesse à sua esfera.

Mény ressalta que a pressão e a influência não se esgotam nas ações exercidas junto às instancias decisórias. Os grupos agem tanto na formulação quanto na decisão política, e às vezes o fracasso das ações num nível determina outras formas de intervenção. A forma de atuação dos grupos de interesse são variadas, mas serão determinadas pelas características do grupo, as estratégias que perseguem, os recursos que

¹ A organização patronal procura garantir a livre empresa e a economia de mercado e se opõe às tentativas de socialização econômica. Já os sindicatos procuram lutar por objetivos profissionais, de sua categoria, tentando negociar com os patrões e com o Estado, que é o responsável pela legislação trabalhista e pela arbitragem dos conflitos.

utilizam para alcançar seus objetivos e a possibilidade de acesso ao sistema, ou seja, aceitação de sua influência pelo sistema político e pela sociedade.

No caso do Brasil, no setor saúde existe uma miríade de associações de interesse, desde as institucionais, como as dos secretários estaduais e municipais de saúde (CONASS e COSEMS), até organizações representantes dos provedores privados individuais (profissionais) e empresariais e da sociedade civil, como sindicatos e associações territoriais, funcionais e por patologias (diabéticos, hansenianos etc.).

Os recursos que um grupo tem à sua disposição incluem dinheiro, a fortaleza da organização e substitutos como movimentos de massa ou ações espetaculares como greve de fome. Outro recurso importante é a competência técnica para obter legitimidade e falar de igual para igual com a administração, utilizando esse saber num determinado domínio para agir num outro campo, como o político.

Grupos de interesse ou de pressão são associações voluntárias de indivíduos com interesses comuns que procuram influenciar o *policy-making*. A influência dos grupos varia de acordo com a intensidade de seus esforços para modelar um resultado esperado e, para isso, formam alianças com outros grupos a fim de se fortalecerem. Em suma, os atores, governamentais ou não, se organizam para influenciar e negociar seus interesses e, nesse curso, formam alianças com atores que compartilham a mesma idéia.

A produção de políticas e a intermediação de interesses são determinadas pela estrutura política do país, pela cultura e pela possibilidade de participação. Alguns modelos de *policy-making* permitem interpretar a produção de políticas de acordo com a forma de organização e intermediação dos interesses, como são os enfoques do pluralismo e do neocorporativismo.

Acompanhando Labra (1997), a corrente pluralista defende que a formulação de políticas é dada segundo o jogo de forças empreendido por diferentes grupos de interesse que maximizam seus benefícios e reduzem os custos a partir de uma associação voluntária de seus membros. Enfatiza elementos tais como a dispersão do poder e o acesso

livre e competitivo de grupos de pressão às esferas de decisão. Central nessa concepção é a existência de poderes contrabalançados, de modo que todos os grupos, por meio de pressões, aí incluído o *lobbying*, teriam a mesma chance de influenciar o *policy-making*. Os grupos se autodeterminariam e se organizariam de forma não hierárquica, havendo competição entre os mesmos. Em geral, não teriam permanência, já que se formam e se desmancham após cumprido o objetivo, e não se vinculariam formalmente às arenas institucionais de decisão. Essa abordagem tem sido criticada por atribuir o mesmo peso político a todos os grupos, inclusive ao Estado.

Na concepção corporativista, as associações de interesses são levadas a assumir parte determinante na definição de políticas. Labra (1997:19) cita Schmitter para definir o corporativismo como um sistema de intermediação de interesses, constituído por unidades funcionais, não competitivas, reconhecidas ou criadas pelo Estado, garantindo-lhes o monopólio de representação junto às suas respectivas categorias.

Em resumo, as relações entre interesses organizados e centros de decisão configuram diferentes modelos de *policy-making*. Lange e Regini (*apud* Labra, 1999) descrevem três formatos:

- pressão pluralista: pressupõe modos de formulação de política por pressão, representação de interesses fragmentada, baixo nível de agregação das demandas, permeabilidade dos centros de decisão às pressões e partidos políticos que são fundamentais enquanto mediadores dos grupos.
- rede de políticas: as decisões ocorrem em uma área limitada, se define pelo que entra ou não na negociação e não é aberta a atores externos. Essa rede é composta por grupos de interesse, burocracia, partidos políticos e técnicos que, a partir de interesses particulares, buscam um objetivo comum.
- negociação oligopólica: se assemelha ao neocorporativismo, já que os interesses se apresentam concentrados na arena política através de cúpulas que condensam vários interesses de forma a transmiti-los agregadamente.

Independentemente do modo de interação dos interesses organizados com as instituições para decidir sobre a política, a natureza da instância decisória determina o grau de permeabilidade frente aos agentes externos. Quer dizer, o grau de insulamento do *policy-making* vai diferir segundo a arena com a qual os interesses se relacionam. Por outra parte, se em tese qualquer um dos atores pode dominar o seguimento das decisões controlando a agenda e os recursos para produzir resultados, na prática dificilmente um ator consegue dominar a produção de toda a política.

Nas sociedades contemporâneas, não existiria um formato de decisão e intermediação puramente pluralista ou corporativista. Quanto ao Brasil, desde o corporativismo varguista até o presente democrático, alterações radicais ocorreram tanto nas relações entre o Estado e a sociedade quanto na forma de organização dos interesses.

De fato, para Diniz e Boschi (1989) o pós-autoritarismo mostra um formato dual – corporativista e pluralista – nas mediações do regime político. Igualmente, no setor saúde existiria um “híbrido”; tanto no plano das articulações e associações com as arenas decisórias, quanto na dimensão corporativa, posto que, como mostram os conselhos de saúde, existem diversos tipos de representação, enquanto nas comissões intergestores a representação seria propriamente corporativa, dado que é o CONASEMS e o COSEMS que indicam seus representantes. E, como dissemos, essas são associações do tipo institucional de domínio exclusivo, já as associações de usuários, profissionais e provedores não são de representação monopólica.

Reiterando, o conselho de saúde pode ser definido como uma arena de caráter híbrido posto que há uma divisão de seus membros entre representações de gestores, profissionais e usuários e, dentro de cada segmento, há uma série de entidades que se fazem representar, cada uma com abrangência e natureza diferentes. Há associações de interesses funcionais e de pequenos grupos, como os portadores de deficiências, ao lado de associações poderosas, como as que congregam os donos de hospitais, e mesmo outras alheias ao setor, como o Corpo de Bombeiros Militar no caso do CES - RJ. Em todo caso, a participação é restrita a

atores predeterminados, não se constituindo num fórum aberto onde todos podem entrar e sair quando desejarem. Ao contrário, faz-se necessário que exista uma organização prévia da entidade, que deverá lutar por uma vaga entre as existentes, que são limitadas².

Além do mais, cabe ressaltar que no segmento dos usuários há uma indefinição do que venha a ser “usuário”. Esta categoria se configura como algo genérico e abstrato e agrupa inúmeras associações, cada uma delas com capacidade de mobilização diferenciada. Apesar dessas entidades e seus respectivos representantes serem definidos na Conferência de Saúde, os que detêm maiores recursos de poder terão maiores possibilidades de conseguir assento nos CS.

Por sua vez, e reiterando, a CIB é um colegiado diferenciado e possui caráter tecnocrático. É composta pelos secretários de saúde nomeados pelo COSEMS e busca agilizar a viabilização das normas do SUS, sendo portanto um fórum fechado.

Podemos então diferenciar o CS da CIB. O CS representa interesses organizados e formalmente reconhecidos pelo Estado, tendo direito a voto somente representantes legítimos, eleitos em assembléia (Conferência de Saúde). O CS possui *status* público e legitimidade e integra o processo político na medida em que interfere na definição das políticas de saúde. Diferentemente, a CIB seria uma instância que, segundo seu próprio regimento interno, coadjuvaria nas decisões da política de saúde nos estados. Entretanto, ambas arenas têm caráter corporativo porquanto para participar, seus membros devem pertencer à alta burocracia setorial estatal ou a uma associação organizada legalmente.

4. Formulação de políticas

Robert Hoppe e VanDijk (*apud* Viana, 1995) identificam a fase de formulação de políticas como um diálogo entre interações e ações, ou seja, um percurso contínuo de reflexão para dentro e ação para fora, onde

² O CES-RJ conta com 28 membros, sendo 7 representantes dos gestores, 7 dos profissionais e 14 dos usuários. Ver Anexo 5: Composição do CES-RJ.

se elabora um plano para equacionar problemas que é executado na etapa da implementação. Os formuladores de políticas podem ser classificados em oficiais, ou aqueles com direito constitucional para a ação (Executivo, Legislativo, agências administrativas, Poder Judiciário etc.), e não oficiais, que são os mencionados grupos de interesse e também a opinião pública. Na formulação é importante observar como uma proposição é escolhida entre outras alternativas, quais problemas interessam aos formuladores e quais serão descartados.

Existem variadas abordagens que explicam o processo de formulação de políticas. Kitschelt (1986) expõe os enfoques sociológico, regime político, coalizões de atores e sistema internacional. Aqui não entraremos na descrição dessas correntes, apenas queremos enfatizar que todas elas estão preocupadas em responder à questão de como é possível a ordem social, dado o cenário (aparentemente) caótico do *policy-making*. Quer dizer, a questão em jogo é a governabilidade, que se caracteriza como a capacidade dos governantes em atender as exigências do povo. Couto (1998:42) afirma que o governo seria o responsável pela conversão dos *inputs* (demandas e apoios) em *outputs* do sistema. Assim, a resultante caracterizaria a governabilidade, entendida como a capacidade do governo em responder às demandas.

Foi justamente pensando em dotar o setor saúde de condições de governabilidade, tanto do ponto de vista do atendimento das demandas da sociedade como da democratização do *policy-making* setorial, que grupos a favor da Reforma Sanitária, setores da burocracia e alianças com partidos políticos lutaram pela criação de colegiados em todos os níveis da Federação para empreenderem a tarefa de criar e implantar um sistema nacional de saúde – o SUS – descentralizado e integrado.

5. Implementação

Esta fase corresponde à execução da política formulada no processo decisório. Apesar de haver um plano previamente negociado, discutido e aprovado pelos atores, nesta etapa há imprevisibilidade, inversão de posições e renegociações, sendo a política previamente

aprovada alvo de mudanças. Nesse sentido, a execução da política dependerá muito da clareza de seus objetivos, da relação entre os atores envolvidos, das estratégias que eles utilizam, do poder de impor as decisões e do tipo de acordos estabelecidos. De todos os modos, vão surgir choques, resistências ou incentivos para viabilizar a ação proposta, produzindo-se resultados às vezes inesperados que podem mudar o curso de ação traçado. Aqui, a mobilização dos atores é também crucial.

Como já mencionado, no processo decisório se estabelece um jogo do qual participam vários atores que procuram produzir resultados de acordo com seus interesses. Mas esses resultados dependem também, conforme Meter e Horn (*apud* Viana 1995), da quantidade de mudanças – quanto menor for, menor seria o conflito; quanto maior o entrosamento entre os formuladores e implementadores de política, maior a capacidade de clareza política e de consenso.

Como a implementação é, via de regra, mais conflituosa do que a formulação de políticas, para diminuir os embates faz-se necessário estabelecer estratégias que dêem conta de administrá-los. Todavia, na análise desta etapa é preciso considerar a influência de três elementos interrelacionados: a política em si, o contexto político e a instituição que desenvolve a política. (Grindle e Thomas *apud* Viana, 1995)

Como veremos ao longo deste trabalho, a política de saúde, embora clara, nem sempre é interpretada pelos implementadores da mesma forma, influenciando nas diferentes percepções o contexto político (coalizão governante) e a postura do executivo setorial. Justamente, para atenuar discontinuidades foram institucionalizadas as instâncias colegiadas do SUS, inaugurando-se um novo estilo de fazer política e de operacionalizá-la. Não há uma eliminação do conflito, mas criaram-se condições para regulá-lo de forma mais equilibrada e participativa mediante a integração aos processos decisórios de vastos segmentos com interesses conflitantes nos conselhos de saúde.

6. O processo decisório

Esta etapa do *policy-making* envolve um variedade de decisões, umas rotineiras e outras não. Na análise das decisões legislativas devem-se considerar por exemplo, as posições dos partidos e da opinião pública, as formas de influência (barganha, persuasão, coerção etc.) e a ação da maioria parlamentar no Congresso Nacional.

Para Lindblom (1985:10), o processo decisório não é ordenado, com princípio, meio e fim definidos, mas um percurso complexo onde soluções para um grupo podem representar problemas para outro. Esse seguimento envolve interação, influência, controle e poder, e sua cabal compreensão coloca a necessidade de conhecer as características dos participantes, os papéis que desempenham, a autoridade a que estão submetidos e sua relação entre os membros da instituição decisória. Mais ainda, resulta de um complexo de decisões tomadas com base em análises técnicas e escolhas racionais individuais e considerações subjetivas.

Assim mesmo, Immergut afirma que:

As decisões políticas não são atos singulares tomados em determinado momento do tempo; ao contrário, são o resultado final de uma seqüência de decisões tomadas por diferentes atores situados em distintas posições institucionais (...) As decisões políticas requerem um acordo em vários pontos ao longo de uma cadeia de decisões tomadas por representantes em diferentes arenas políticas. (Immergut, 1996:144)

Num processo político democrático, onde há pluralidade de posições, o conflito é inerente; portanto, torna-se necessário controlá-lo. No jogo de poder são fixadas regras a serem cumpridas, seja pela repressão, persuasão, autoridade ou carisma. Esse jogo consiste em regras que especificam os diferentes papéis a serem desempenhados pelos atores que fazem parte do *policy-making*, bem como a competência de cada ator.

Andrade (1998) analisa o processo decisório nas Casas Legislativas de São Paulo buscando entender quem decide realmente nesse jogo, com que objetivo e com que estratégia. O autor parte do princípio de que os parlamentares são indivíduos que atuam a partir do interesse particular, com objetivos de continuidade na carreira política. Atuam ora pela cooperação competitiva ora pela competição não cooperativa com o Executivo³. Entretanto, a maximização do interesse pessoal não implica a inexistência de altruísmo, ou seja, a ação política em prol do interesse geral.

Conforme Andrade, a qualidade da decisão é avaliada pelo grau de articulação dos interesses conflitantes com o interesse público. É um processo que envolve trocas e ameaças entre situação e oposição e os recursos empregados nas negociações podem ser de diversos tipos, sendo um deles a pressão sobre o adversário. De qualquer forma, os atores devem ter a capacidade de demonstrar com argumentos racionais que suas propostas beneficiam a todos.

Reiterando colocações de Lindblom (1985), mesmo num sistema democrático o processo de formulação de políticas restringe-se a um pequeno grupo, porque a democracia direta é inviável nas sociedades modernas. Os CS são um espaço intermediário cuja criação buscou abrir os fechados círculos burocráticos de decisão no autoritarismo, por um lado, e, por outro, incorporar a sociedade às decisões de forma indireta, mediante representantes das suas associações. Mas conforme Lindblom, decisões tomadas de forma plenamente democrática e participativa constituem um ideal impossível de alcançar. Neste sentido, pela sua própria dinâmica e natureza, os conselhos de saúde em geral e as comissões intergestores, muito em especial, congregam cúpulas que formam uma elite, cuja tendência à oligarquização deve ser continuamente combatida mediante a renovação periódica dos membros e a vigilância das conferências de saúde.

De toda forma, as arenas colegiadas do SUS representam uma parcela importante dos interesses dos cidadãos, incentivam a capacidade

³ No primeiro caso, o jogo político pode levar a ganhos para ambas as partes negociantes, e, no segundo caso, a soma é zero, ou seja, só uma parte ganha.

de mobilização e organização dos atores e contribuem para a democratização do *policy-making* setorial.

Por último, entender melhor as regras do jogo que facilitam ou constroem a conduta dos atores é um passo necessário para atingir os nossos objetivos. Nesse sentido, as contribuições dos neo-institucionalistas são de grande valor. Deter-nos-emos brevemente nas considerações de Immergut (1996:140) que coloca a necessidade de analisar as instituições juntamente com os interesses e os atores envolvidos, já que estes componentes são fundamentais para entendermos o funcionamento das regras do jogo.

Nas arenas colegiadas do SUS, o *modus operandi* do processo decisório ocorre segundo regras que o normatizam. São os respectivos regulamentos que, apesar de serem conhecidos por todos, ainda não têm sido considerados condicionantes de condutas dos seus membros, no sentido de facilitar ou coibir escolhas e interferir nas decisões.

No plano institucional interno, as regras do jogo de poder podem abrir “janelas de oportunidade” para os atores avançarem propostas que de outra forma estariam bloqueados ou, contrariamente, colocar “pontos de veto” a essas interferências, mudando em ambos casos o conteúdo da decisão e o resultado final da política. No plano político externo, uma nova eleição pode reverter as regras do jogo, mudar a conduta dos atores e resultar em cursos de ação diferentes daqueles vigentes.

Estas observações, baseadas em Immergut, são pertinentes para nossa pesquisa. Na realidade, o período de estudo abrange a transição do governo Alencar para o governo Garotinho, num processo eleitoral pautado por mudanças nas alianças políticas e, portanto, no enfoque sobre os rumos do SUS no RJ.

7. Financiamento das políticas: Pivô das lutas distributivas

O financiamento é um item exhaustivamente discutido na política de saúde devido, principalmente, à precariedade de recursos frente a uma crescente demanda. O financiamento do SUS provém de várias fontes:

Seguridade Social, União (MS e FNS), Estados e Municípios. Contudo, implica uma interação entre vários atores no processo decisório, havendo acordos na execução financeira intrasetorial (liberação e transferência de recursos de um nível de governo a outro) e extrasetorial, na elaboração e aprovação do orçamento anual, que articula executivo, legislativo e grupos de interesse.

Para aprovação do orçamento anual há pressão, barganhas e negociações. No setor saúde, de um lado, procura-se aumentar programas e recursos e, de outro, as áreas econômicas procuram reduzir os gastos. A cada ano, ocorre uma primeira discussão nas instâncias colegiadas do SUS (CES e CIB) a partir do teto fixado. Quando o projeto de orçamento chega ao Legislativo, na comissão de saúde sofre novas alterações através das emendas parlamentares. Quando chega ao Executivo, o presidente tem o poder de vetar e de contingenciar recursos.

Segundo Costa (1996), além da insuficiência de recursos financeiros e manipulações políticas em escala nacional, os parlamentares e grupos de interesse exercem sua influência na aprovação de emendas de caráter clientelistas, para desvio de recursos, para atender interesses locais, neutralizar o controle social e isentar de punição quem comete irregularidades.

Segundo Bezerra (1999), o clientelismo se estabelece quando há uma relação entre desiguais e um determinado bem é permutado entre os indivíduos em troca de fidelidade, favor ou outro bem. Por exemplo, a troca de benefícios públicos por votos ou apoio político se configuram em relações de dependência, já que o favor obtido deverá ser retribuído em algum momento posterior.

O autor analisa o comportamento dos parlamentares e observa que grande parte deles se mobilizam para atendimento de interesses particularistas, provenientes de suas bases eleitorais, ainda que não exclusivamente por esse objetivo, já que possuem também atribuições formais, identidade partidária, interesse de classe e corporativo. No entanto, percebe-se o intenso movimento para satisfazer os interesses de suas bases, sendo esse comportamento interpretado como clientelismo.

Na saúde, as instâncias colegiadas atuam de forma a eliminar ou atenuar esses tipos de relações. Cobra-se, portanto, a reflexão se os secretários de saúde atuam apenas altruisticamente visando fortalecer o SUS no seu território ou também levam em conta os interesses políticos e pessoais dos prefeitos que os nomeiam. De fato, a influência partidária existe, sendo importante a atuação dos conselhos para diminuir o clientelismo e as influências partidárias.

Cantarino (1998), ao comentar sobre a insuficiência de recursos na saúde, fala da dificuldade de sensibilizar o Congresso Nacional e a área econômica no sentido de maiores investimentos no setor. Daí as pressões sobre o Congresso para votar um projeto que garanta uma verba fixa anual para o SUS, além de aumentos nos recursos orçamentários da saúde.

Nesse trabalho não tratamos do processo orçamentário, mas da distribuição e apropriação dos recursos. A CIB e o CES são câmaras setoriais que possuem especificidades dentro de um processo decisório já estruturado. Utilizamos o Legislativo como parâmetro para entender as interações que se estabelecem nessas arenas. No Legislativo, o processo decisório é muito complexo e a representação é política. As arenas estaduais do SUS, são bem mais simples e os atores têm um tipo de representação funcional ou territorial. Conhecer a dinâmica de funcionamento e interação do CES e da CIB e o ponto de vista dos interesses (paroquiais ou gerais) de seus membros é um dos objetivos deste trabalho.

Capítulo II – O SUS e as arenas colegiadas

Neste capítulo apresentaremos, de forma sumária, a evolução da política nacional de saúde que culmina com o SUS e sua implementação no país. Daremos relevo aos aspectos políticos dessa evolução, em particular aos processos de formulação, às arenas, aos atores e aos rumos que a política de saúde seguiu durante a redemocratização do país até a atual conjuntura de consolidação do regime democrático. Na segunda parte descrevemos a experiência do Rio de Janeiro na condução dessa política, os atores envolvidos e os interesses presentes nas arenas do SUS.

1. Formulando uma política nacional de saúde

Os primórdios da redemocratização do país remontam à fase de distensão ou liberalização do regime autoritário, durante o governo Geisel (1974-1979), justamente quando fica em evidência a incompatibilidade entre o autoritarismo centralizador do governo federal e seu discurso antipolítico e a permanência de eleições livres e diretas de representantes para o Congresso Nacional, assembleias legislativas e câmaras de vereadores, como bem mostra Abrucio (1998:82). Para dar prosseguimento à liberalização, Geisel precisava contar com aliados civis fortes para se legitimar e a estratégia utilizada para controlar o processo político e as demandas por descentralização do poder foi a escolha de governadores-chaves.

As eleições de 1974 para deputado estadual e federal e para senador, tiveram grande impacto no regime, pois a vitória do partido de oposição, MDB, que conseguiu duplicar sua representação na Câmara, fortaleceu as organizações contrárias ao governo.

Nesse contexto, vai ser buscada a reordenação do setor saúde. Os elementos organizacionais nucleares da atual política nacional de saúde remontam à lei 6.299, de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde. Porém, as bases dessa proposta não foram colocadas na agenda governamental pelos partidos políticos nem por movimentos da sociedade

civil. Consoante com o contexto autoritário do regime militar, o projeto foi elaborado pelos dirigentes do primeiro escalão da poderosa burocracia do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social –, subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1975. Em 1978, foram separadas as funções previdenciárias (pecuniárias) das de assistência médica individual, que passou a ser prestada por uma nova autarquia desse mesmo ministério, o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O INAMPS manteve a hegemonia no país da prestação de serviços médicos através, sobretudo, de hospitais contratados com o segmento privado. Paralelamente, o Ministério da Saúde foi fortalecido com a atribuição de formular a política nacional de saúde, mas apesar disso manteve lugar secundário no setor, mesmo porque seu orçamento não foi reforçado.

O Sistema Nacional de Saúde – SNS –, seguia os procedimentos da OPAS, inclusive no que tange ao planejamento regional e à interseção com áreas como saneamento ambiental, educação e trabalho, mas nunca foi efetivado. Apesar disso, o SNS teve importantes efeitos porque, como bem mostra Van Stralen (1996: 115), daí em diante o modelo passou a ser tópicos obrigatório de todas as conferências e encontros da área da saúde, ao tempo que despertava receios no setor privado quanto a uma maior intervenção estatal no setor. Além disso, legitimou e encorajou algumas secretarias estaduais para estenderem a cobertura dos serviços básicos, como foi o caso de Belo Horizonte, que empreendeu o projeto de regionalização e integração da saúde no norte de Minas.

Com a lei 6.229 foi reorganizado o Ministério da Saúde em 1976, com vistas a enfrentar a deteriorada situação epidemiológica da população. Mas também essa iniciativa foi abortada devido à diminuição do orçamento, resultado da crise econômica de começos dos anos 80. Desse modo, o MS continuou mantendo baixo *status* frente ao papel hegemônico da assistência médica previdenciária centrada no atendimento curativo hospitalar. Em verdade, a tendência à compra de serviços do setor privado aprofundou-se com o PPA – Plano de Pronta Ação –, que diversificou as relações do INPS com os provedores privados, em

particular no âmbito das emergências, atendendo, assim, reivindicações desse segmento representado pela FBH – Federação Brasileira de Hospitais –, que tinha se tornado o principal ator setorial. (Van Stralen 1996:117).

Em 1977 é criado o SINPAS – Sistema Nacional de Previdência Social –, que reuniu o INPS, o INAMPS e o IAPAS – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social –, reorganizou órgãos da assistência social (LBA, FUNABEM) e criou o DATAPREV (Centro de Processamento de Dados da Previdência Social). O SINPAS foi uma tentativa de modernizar administrativamente o sistema previdenciário devido a sua inoperância e à baixa eficiência dos serviços de saúde. (Cordeiro, 1991)

Em 1980, foi elaborado o PREV SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – por técnicos do MS e do MPAS, envolvendo saneamento e habitação e tendo como proposta a regionalização, hierarquização, expansão da oferta de serviços básicos, integração das ações e participação comunitária. Este projeto sofreu resistências intraburocráticas do INAMPS e do setor médico empresarial. (Cordeiro, 1991:28)

Em 1981, é instituído o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária –, composto por representantes de vários ministérios, prestadores e trabalhadores, com o propósito de organizar a assistência médica, sugerir critérios para alocação de recursos, estabelecer mecanismos de controle de custos e avaliação do financiamento, além de buscar disciplinar o atendimento dos serviços.

Neste período, inicia-se a redemocratização do país com as eleições para governador de 1982, as quais dão maioria às oposições e colocam os governadores no centro da arena política nacional. Abrucio (1998:23) destaca alguns elementos que incentivaram o crescimento do poder dos governadores na década de 80: a crise do regime militar, a crise do estado Nacional-Desenvolvimentista e da aliança que o sustentava e a crise financeira do governo federal. O fortalecimento dos governadores na redemocratização foi impulsionado pelo enfraquecimento do pacto federativo, marcado pela centralização do poder no Executivo Federal.

Abrucio ressalta que esses fatores levaram a um relacionamento intergovernamental não-cooperativo, seja entre estados e União e estados entre si, atuando em conjunto apenas de forma defensiva, o que levaria à formação de um “federalismo estadualista” e à formação de um sistema político “ultrapresidencialista” nos estados, a partir de 1991. Para Abrucio (1998:23), as características do federalismo estadualista eram:

- 1- Controle do Executivo sobre o processo decisório
- 2- Não participação de outros poderes no Executivo
- 3- O governador era o centro das decisões do governo (diferente do nível federal, onde havia uma certa dispersão de poder entre o presidente e os ministros).

Esse modelo tornou os chefes dos Executivos estaduais extremamente fortes, justificando que os governadores do RJ e de outros estados governassem neste período quase sem oposição, ou com uma oposição enfraquecida, e controlassem o Legislativo, aprovando com facilidade seus projetos. Os governadores vão ter influência decisiva na configuração de um novo pacto federativo e político que culmina com a Constituição de 1988.

No setor saúde, os governadores foram atores cruciais na instauração de arranjos com o INAMPS, tendentes a regionalizar, hierarquizar e descentralizar os serviços de saúde mediante repasses financeiros aos entes estaduais e locais. Por sua parte, a sociedade civil mostrou grande revigoramento na formação de associações funcionais, corporativas, territoriais e populares que vão fornecer as bases para a população reivindicar novos direitos sociais, notadamente o direito à saúde garantido pelo Estado.

Nessa conjuntura destaca-se o *movimento sanitário*, formado por profissionais da saúde, militantes partidários e associações de interesse (moradores, mulheres, negros etc.) que atrelaram a reforma da saúde à redemocratização do país.

No plano institucional, importantes deslocamentos se produzem nas políticas do INAMPS, mas sempre presididos por articulações da cúpula: os altos escalões do INAMPS, do MPAS e do MS e mais governadores e prefeitos unem-se para traçar novos rumos para a

assistência médica, enfatizando a regionalização dos serviços básicos. Em 1982, é elaborado o Plano de Reorientação da Saúde no âmbito da Previdência Social, tendo por objetivo a recuperação do setor público, aumento da eficiência, racionalização, regionalização e hierarquização do sistema público com base nos convênios trilaterais envolvendo INAMPS, MS e SES. A rede básica deveria ser reformada como sistema de referência e contra referência.

Outra proposta de reordenamento do setor foi o programa das AIS – Ações Integradas de Saúde –, executado de forma tripartite pelo MPAS/INAMPS, MS e SES, estabelecendo convênios de co-gestão com base na participação orçamentária de cada uma das partes. Esta proposta, que ocorreu de 1982 a 1986, teve por objetivo a racionalização e o controle dos gastos, além do estabelecimento de uma gestão colegiada de recursos, possibilitando um entrelaçamento institucional entre estados e municípios para a gestão dos serviços de saúde.

No SAMHPS – Sistema de Assistência Médico Hospitalar –, foram introduzidas medidas de racionalização e financiamento da rede privada contratada a partir da AIH – Autorização de Internação Hospitalar –, substituindo-se a guia de internação hospitalar.

As AIS não tiveram impacto no atendimento da população, mesmo porque apenas 6 % do orçamento do INAMPS foi destinado a elas, enquanto gastos com a compra de serviços de prestadores privados alcançavam mais de 58% (Cordeiro, 1991: 34). Todavia, as AIS foram um importante passo adiante na configuração das linhas mestres de um novo modelo de organização de serviços e distribuição do poder no setor, inclusive mediante mecanismos de participação colegiada. Neste período, teve início o processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada através da CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação –, envolvendo MS, MPS, MEC, e das Comissões Interinstitucionais estaduais, regionais, municipais e locais (CIS, CRIS, CIMS). Estes foram os primeiros ensaios de formas de gestão compartilhada entre os três níveis de governo e de controle social, na medida em que visavam a incorporar sindicatos e associações profissionais nas arenas decisórias.

Nesse desenho, quem detinha maior parcela de recursos controlava o poder de gestão. Como havia uma centralização no INAMPS e não existiam ainda instrumentos para o repasse de recursos federais a outras esferas de governo, essas comissões não tiveram grande expressão. No entanto, possibilitaram a estados e municípios assumirem primariamente o papel de gestores na política de saúde.

O CONASP propunha um debate interinstitucional entre a burocracia e a sociedade civil, tendo um papel importante nesse momento de abertura democrática e amadurecimento do movimento sanitário, fomentando intensas discussões sobre a democratização na saúde. Segundo Cordeiro (1991), a implementação do CONASP não foi efetivada devido a resistências político-institucionais oriundas de representantes da Previdência Social, seguros de saúde, hospitais privados etc. As decisões sobre a condução da política teriam sido influenciadas pelos “anéis burocráticos” formados por burocracias públicas e privadas, havendo embates entre os interesses que lutavam pela manutenção de um complexo médico-industrial privatista ou pela reforma estatizante. Nesse período, os órgãos governamentais estavam sucateados, além da existência de oposições político-ideológicas que colocavam obstáculos ao desempenho das CIS.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, colocou no cenário público a Reforma Sanitária e deu início à participação institucional, corporativa e popular na discussão que culminaria numa nova ordem para a Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência) estabelecida na Constituição de 1988. Nessa Conferência foram discutidos temas muito importantes como: novo conceito de saúde, descentralização do sistema de saúde e controle social, além de estabelecer princípios democratizantes fundadores de um sistema de saúde baseado na equidade, universalidade, integralidade e participação. Entretanto, a crucial questão do financiamento ficou praticamente em aberto já que foi proposto um percentual fixo (30%) dos recursos da Seguridade Social que seria destinado à Saúde. Como veremos adiante, esse pressuposto nunca foi efetivado, prejudicando gravemente a implementação do ideário da Reforma Sanitária até hoje.

Com respeito ao setor privado, o movimento sanitário não o teria considerado enquanto ator e interlocutor válido nas negociações que necessariamente deveriam ter lugar para submeter esse segmento ao controle público e social. Como já dissemos, a oferta de assistência médica do INAMPS, em particular a hospitalar, era quase que totalmente dependente dos serviços privados, de modo que esse problema estrutural persiste igualmente até a atualidade, colocando sério entrave aos princípios democratizantes do sistema de saúde.

No esteio da Constituição de 1988 e das experiências deixadas pelas AIS, surge, em 1987, o SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde –, de fundamental importância para firmar a descentralização dos serviços, em direção à posterior municipalização, eixo da reorganização do sistema. Segundo Cordeiro (1991), o SUDS representava uma mudança qualitativa das AIS posto que alterava o papel do INAMPS de executor para planejador das ações, exercendo controle e avaliação sobre as mesmas. Além disso, a decisão no plano estadual e municipal deveria caber às Secretarias Estaduais de Saúde – SES – e a cada Secretaria Municipal de Saúde – SMS –, face as respectivas transferências de recursos. O SUDS propunha a SES como condutora da política de saúde na regionalização e no estabelecimento de relações com os prestadores privados.

Cabe lembrar que, tal como no tempo das AIS, também o SUDS foi formulado, implementado e defendido por cúpulas da tecnocracia do INAMPS e do MS, em particular profissionais das áreas de planejamento. De qualquer forma, foram fortalecidas as funções de planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços, em grande parte possibilitadas pela criação de modernos sistemas de informação com o DATAPREV (SINPAS, 1978) e de mecanismos de controle da compra/venda de serviços médicos hospitalares implementados em 1982 com as AIH.

Cordeiro (1991:28) ressalta a contradição entre as decisões estabelecidas no plano institucional e o debate político da época. Setores tais como seguros de saúde se opuseram às AIS, às propostas da VIII Conferência e ao SUDS, além das propostas para o capítulo da Ordem Social na Constituição. Para o setor privado era desinteressante a

descentralização, pois ampliava o número de interlocutores e aproximava as decisões das instâncias locais através dos conselhos havendo, com isso, maior transparência nas decisões e conseqüente impossibilidade de garantia de seus interesses.

A Constituição de 1988 incorporou as principais diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde e instituiu o SUS – Sistema Único de Saúde. O SUS foi desenhado como um modelo complexo de organização dos serviços que aperfeiçoa as relações intergovernamentais e interinstitucionais no setor, tendo por característica a desconcentração de poder mediante a transferência de atribuições gerenciais e de recursos financeiros às unidades subnacionais. Esse novo padrão de relações político-institucionais abria possibilidades inusitadas de avançar na democratização da tomada de decisões e na aplicação real dos princípios do SUS. Em particular, a participação da sociedade organizada nos conselhos permitiria a sua interferência na formulação e acompanhamento das políticas e programas relativos à implementação do SUS, no exercício, enfim, de um verdadeiro controle social que ao longo do tempo necessariamente deveria desenvolver-se e fincar raízes na cultura política nacional.

Dois atores propulsores e coadjuvantes de extrema relevância para o avanço da Reforma Sanitária adquirem presença no cenário setorial, também em decorrência da volta dos governadores à arena nacional com as eleições de 1982 e com a ativação da sociedade civil nos anos 80. Eles foram o CONASS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – e o CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Em 1988 é criado o COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde –, tendo por finalidade a integração técnico-administrativa dos municípios, além da assessoria técnica aos seus representantes.

Essas associações, que são voluntárias e de caráter privado, vão cumprir a função de articular os interesses políticos, institucionais e societários, regionais e locais, em torno do SUS, de modo a impulsionar sua operacionalização descentralizada. Contudo, dada a força numérica dos municípios e as problemáticas relações que historicamente tiveram

com o Executivo estadual, o processo vai tender para a municipalização radical de atribuições e recursos e para a "tecnificação" das decisões, gerando atritos com os conselhos de saúde, como vai mostrar o caso do estado do Rio de Janeiro.

O mandato constitucional relativo à unificação dos serviços de saúde, com o setor privado atuando de forma complementar e subordinada ao poder público, levou à elaboração da Lei Orgânica da Saúde – LOS –, Lei 8.080, promulgada em setembro de 1990. Essa lei continha artigos referentes à criação de conselhos de saúde em todos os níveis da Federação que foram vetados pelo Presidente Collor. No entanto, o acúmulo de pressões para reverter essa omissão levaram, em fins de 1990, à aprovação parlamentar de nova lei, de número 8.142, criando os CS – Conselhos de Saúde – e estabelecendo competências, funções e formas de representação paritária de seus membros – 25% de prestadores, 25% de profissionais e 50% de usuários.

Ponto relevante a ser destacado é o pacto federativo estabelecido na Constituição⁴. A Carta fortalece financeiramente estados e municípios em detrimento da União mas não estabelece os encargos a serem assumidos pelos entes subnacionais. Esse ponto, que correspondia ao artigo 123 da Constituição, mas ainda não regulamentado, refletiu na descentralização do sistema de saúde, como veremos adiante.

A descentralização na saúde foi vista por todos os atores comprometidos com a reforma como o meio mais viável para diminuir paulatinamente as grandes desigualdades existentes entre as regiões do país, e para tanto, o fortalecimento do poder local, mediante a municipalização, seria o meio mais eficaz. Essa maior equidade territorial somente poderia ser alcançada com a redefinição do Pacto Federativo, arranjo que até agora não tem sido possível refazer. No entanto, algum grau de redistribuição poderá ocorrer no interior dos Estados (entre a

⁴ Fazem parte do conceito de federalismo a democracia e a república. Abrucio (1998) descreve o federalismo como uma das formas mais democráticas de solucionar um conflito entre os níveis de governo em países que possuem diversidades regionais, se caracterizando por um pacto entre as partes que garante o autogoverno e um relacionamento intergovernamental de interdependência entre os mesmos. O federalismo é republicano quando há o estabelecimento da soberania popular, sendo necessário a existência de maior número de instituições públicas que possibilitem a participação dos cidadãos.

capital e municípios, e municípios entre si) graças aos instrumentos do MS para os gestores do SUS, que vêm sendo adotados em todo o país. Isso não obsta, porém, que a instabilidade das fontes de financiamento da saúde, as flutuações irregulares na transferência dos recursos financeiros e mesmo vetos ocasionais do governo federal possam comprometer não só a ágil implementação do SUS como seus objetivos redistributivos.

Justamente tendo em vista agilizar esse processo e tornar mais transparentes as ações e transações entre as partes, o Ministério da Saúde vem emitindo todo um corpo normativo, do qual se destacam as NOB – Normas Operacionais Básicas –, que resultaram de intensas discussões entre a tecnoburocracia, membros do CONASS e do CONASEMS e outros atores, com posterior aprovação pelo CNS – Conselho Nacional de Saúde. As NOB têm por objetivo principal aprofundar e reorientar a implementação do SUS, definir estratégias, prioridades e diretrizes, regular as relações entre os gestores e dos poderes públicos com os prestadores privados.

Até 1999, foram editadas três NOB: a primeira em 1991, a segunda em 1993 e a terceira e última em 1996, posta em prática em janeiro de 1998. Em geral, embora com procedimentos e ênfases diferentes, essas NOB visam operacionalizar a Lei Orgânica do SUS mediante ordenamentos na transferência de recursos, nos requisitos para estados e municípios se habilitarem a receber recursos federais e nas metodologias de pagamento dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais. Cabe destacar que a NOB-93 implicou em uma pactuação política ao instituir níveis progressivos de gestão local do SUS e instituir a Comissão Intergestores Tripartite – CIT – e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB. A NOB-96 é de particular importância porque refina as regras que regem as relações entre as instâncias, além de fixar com precisão os tetos de repasse para a execução dos programas do MS, nos marcos da política de redefinição do modelo assistencial. Sobre este ponto, destaca-se o Piso de Atenção Básica – PAB –, a cujo *quantum* estão atrelados os programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Os entraves à descentralização, tanto quanto os problemas de financiamento, têm sido objeto de amplos debates que culminaram na IX e na X Conferência Nacional de Saúde, de 1992 e de 1996, respectivamente, fortalecendo o apoio político, institucional e social à reforma da saúde, de modo que se apresenta como um curso irreversível. E, certamente, a esse reforço têm contribuído tanto os conselhos de saúde quanto as comissões intergestores, já instalados e em funcionamento em todo o país, embora com desempenho e relacionamento muito desigual, como indicam relatórios do MS.

A complexidade da descentralização mediante a municipalização colocou em evidência as limitações dos conselhos de saúde nesse empreendimento, sendo necessário criar outra instância colegiada, diferente das burocracias do MS, das SES e das SMS, que compromettesse diretamente os gestores com o SUS. Dessa necessidade resultou, em 1993, a criação da CIT no nível federal e as CIB em cada estado, com o objetivo de agilizar a descentralização e operacionalizar os procedimentos das NOB. Com efeito, essas Comissões têm por finalidade servir de *locus* para o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS, operacionalizar políticas e propiciar negociações e deliberações para o gerenciamento da descentralização.

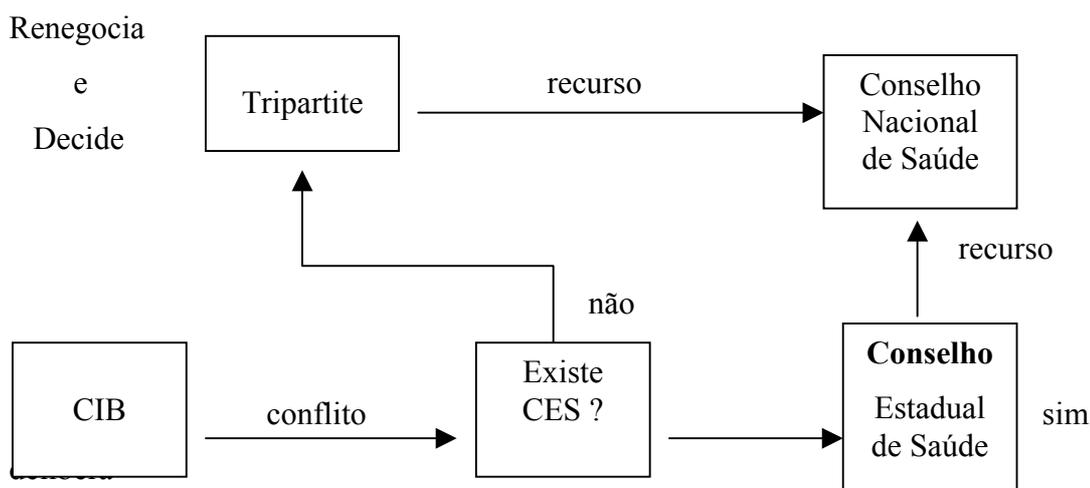
Como se disse, a CIT, sendo uma instância de negociação e articulação entre os gestores dos três níveis de governo, e integrada por representantes do MS, do CONASS e do CONASEMS, é estruturada para assistir o ministério na elaboração de propostas para operacionalizar o SUS, que devem ser apresentadas ao Conselho Nacional de Saúde. A CIT também atua como uma câmara técnica do CNS, desenvolvendo inovações técnicas no âmbito da descentralização.

A CIB, composta por representantes da SES e pelo COSEMS, é estruturada para agilizar a municipalização, definindo o enquadramento dos municípios nos diferentes tipos de gestão. Sua atuação centra-se principalmente na discussão de repasses, tetos e regulações, destinação do REFORSUS⁵ e mecanismos de controle dos serviços de alto custo. As

⁵ REFORSUS – Recurso para Reorganização do SUS –, é um projeto do MS financiado com recursos do Banco Mundial (\$ 650 milhões) para investimento na política de saúde,

propostas da CIB devem ser apresentadas ao CES – Conselho Estadual de Saúde.

A CIB deveria adequar as normas nacionais às condições específicas de cada estado e município, além de propor medidas regulatórias nas relações entre essas esferas no processo de descentralização. A forma de relacionamento entre essas instâncias pode ser visualizada no fluxo abaixo.



Fonte: BRASIL, 1993.

O esquema mostra que quando existem questões divergentes na CIB, estas devem ser encaminhadas ao CES. Caso este não exista, os pleitos devem ser encaminhados à CIT que, com a aprovação do CNS, deve tentar resolvê-los ou remetê-los novamente à CIB a fim de que haja uma solução consensual. Caso exista o CES e a divergência não seja resolvida, o pleito pode ser remetido ao CNS, que atua como instância de recurso, assim como a CIT em caso de impasses.

Em 1993, as CIB foram instaladas em 22 estados e paulatinamente foram sendo criadas nos estados restantes até 1995. As

CIB têm cumprido importante papel de pressão junto ao MS para capacitar pessoal das SMS e assim habilitar o município a receber recursos federais.

especificamente para readequação física e tecnológica da rede. Os municípios precisam estar enquadrados em algum modelo de gestão para fazer jus a esse recurso.

Em 1995, o MS propôs uma reunião para as CIB apresentarem a situação do seu estado. Constatou-se a lenta implementação da NOB-93, porque tinha se estabelecido uma estratégia de maior flexibilização sem clareza quanto às condições de implementação. Daí originou-se a necessidade de estabelecer parâmetros para homogeneizar e melhor controlar o seguimento da municipalização. As discussões duraram dois anos, delas resultando a NOB-SUS 01/96, que entrou em vigor em janeiro de 1998.

Como esta é a norma vigente e em torno dela gira a agenda decisória da implementação do SUS, nos deteremos em seus traços principais. Esta NOB estabelece dois tipos de gestão:

Município

- Gestão Plena de Atenção Básica
- Gestão Plena de Sistema (inclui todos os prestadores do território)

Estado

- Gestão Avançada do Sistema
- Gestão Plena do Sistema

A habilitação dos municípios nestas formas de gestão requer discussão da CIB, aprovação do CES e homologação da SES. Os requisitos para o município se enquadrar na gestão Plena de Atenção Básica são:

- Funcionamento do CMS – Conselho Municipal de Saúde – e aprovação deste para o enquadramento
- Existência do Fundo Municipal de Saúde
- Apresentar o Plano Municipal de Saúde e participar da PPI – Programação Pactuada Integrada
- Comprovar capacidade técnica e administrativa
- Comprovar capacidade para ações de vigilância sanitária e epidemiológica
- Comprovar capacidade de recursos humanos

Ao ser habilitado, o município passa a receber, mediante transferência automática, os recursos do PAB – Piso de Atenção Básica –,

do PBVS – Piso Básico de Vigilância Sanitária – e das ações de Vigilância Epidemiológicas. Todas as unidades ambulatoriais, inclusive as privadas, passam a ser subordinadas à gestão municipal.

Para atender as condições de habilitação para a gestão Plena do Sistema Municipal, os municípios devem atender os requisitos acima mencionados e apresentar à CIB:

- Relatório de gestão do ano anterior aprovado pelo CMS
- Assegurar a oferta de todos os procedimentos cobertos pelo PAB
- Comprovar a estruturação do Sistema Nacional de Auditoria

Ao ser habilitado na gestão plena, o município passa a receber automaticamente os recursos do TFA – Teto Financeiro de Assistência – e a remuneração por serviços de alta complexidade. Todas as unidades ambulatoriais e hospitalares, públicas ou privadas, passam a ser subordinadas ao município.

Quanto ao estado, para ser habilitado na gestão Avançada do Sistema, deve dispor de 60% dos municípios habilitados, ou 40% dos municípios desde que neles resida 60% da população, além de dispor de 30% do TFA comprometido com transferência fundo a fundo. Na gestão Plena do Sistema Estadual, o estado deve dispor de 80% dos municípios habilitados, ou 50% desde que neles resida 80% da população, além de dispor de 50% do TFA comprometido com repasse fundo a fundo. As propostas de habilitação devem ser encaminhadas pela CIB à CIT, que, por sua vez, aprova o pleito e o remete ao CNS.

Essas obrigações são de particular importância para os municípios de médio e pequeno porte porque os obriga a aprimorar meios, procedimentos e recursos humanos e a se modernizar, para entrar numa nova era de real profissionalização da gestão. Certamente, as NOB e seus condicionantes para a habilitação constituem um incentivo poderoso para um salto qualitativo no atendimento à saúde da população. Além disso, a proposta da Programação Pactuada e Integrada, que envolve negociações do Executivo estadual com os Executivos municipais, representa um real esforço para uma gestão cooperativa e não mais competitiva, como tem sido até agora, cujos resultados mais nefastos são

o uso clientelista e a pulverização dos recursos financeiros. Quer dizer, espera-se que com a PPI, a gestão torne-se mais transparente e democrática, ritualizando formas de barganha e acordo entre gestores, independentemente da coalizão partidária governante em cada conjuntura.

Percebe-se que esta metodologia é complexa e exige um corpo técnico qualificado, justificando a existência da CIB, já que esta possui maior embasamento do que o conselho para discussão e implementação dos procedimentos da NOB 96. Esta, como se disse, configura um modelo assistencial cuja implementação pressupõe negociações entre os atores envolvidos.

Mesmo com essa metodologia elaborada e com todos os passos já descritos, colocá-la em prática é uma etapa muito difícil que se acentua devido à instabilidade e insuficiência do financiamento para a saúde. A esse respeito, membros do COSEMS afirmam que, apesar dos avanços obtidos com o SUS, os mecanismos de transferência de recursos carecem de eficiência e a heterogeneidade da qualidade dos serviços tem impedido a implantação de um sistema realmente único. (COSEMS, 1997)

Além do financiamento, outro problema central é o acesso aos serviços, que ainda são escassos, o que favorece práticas clientelistas com a rede privada.⁶ Por essas e outras dificuldades, o SUS não tem logrado ainda reverter o grande problema estrutural, qual seja, a extremada dependência da compra de serviços privados, em particular em internações hospitalares, visto que 76% dos leitos do país não são públicos.

Como se disse, importante no mecanismo de repasse de recursos é a PPI. Sua elaboração, a cargo do nível estadual, se configura como um momento importante, pois envolve atores públicos que vão discutir o rumo da política do estado, sobretudo a questão do financiamento, que é essencial neste percurso.

⁶ A dificuldade de mecanismos eficientes de transferência de recursos e insuficiência de controle e avaliação, além da dificuldade de acesso aos serviços, estimulam a procura por serviços privados de saúde. O privilégio da medicina privada na ditadura militar levou a conseqüências que até hoje fazem parte da política de saúde.

A PPI é elaborada por eixos programáticos (assistência à saúde, epidemiologia e controle de doenças, ações de vigilância e investimento) e é a ferramenta orçamentária central do plano de saúde e posterior acompanhamento e avaliação. De acordo com a NOB-96, a PPI constitui “um modelo de reorganização de gestão e atenção do SUS”. Isto se confirma com a preocupação em elaborar um planejamento anual pactuado entre gestores municipais de um determinado estado a respeito da destinação de recursos, tendo em vista contínua programação, acompanhamento e avaliação da distribuição dos recursos.

A PPI deve traduzir os tetos dos recursos federais transferidos pelo MS, os quais são fundamentais para o financiamento da política. Entretanto, a autonomia do setor é limitada pelos ministérios do Planejamento e Orçamento e da Fazenda, com os quais deve ser discutido qualquer elevação de tetos.

Os serviços produzidos são pagos mediante apresentação de fatura por serviços realizados com base em valores definidos pela CIT e MS. As formas de pagamentos são: AIH (Autorização de Internação Hospitalar), cujos valores são apurados pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)⁷ e Procedimento Ambulatorial de Alto Custo, cujos valores são agrupados pelo SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial).

Além do pagamento por serviços produzidos, há transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais. Esses recursos são destinados ao custeio de procedimentos propostos pela CIT e votados no CNS, incentivando vários programas que visam cristalizar o modelo assistencial proposto pelas NOB⁸.

⁷ A implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde pelo MS vem permitindo o planejamento, a gestão financeira e a avaliação dos gastos em todos os níveis.

⁵ 1) PAB - Piso de Assistência Básico → Para custeio de ações básicas dos municípios é definido pela multiplicação de um valor (de acordo com a produção, varia de R\$ 10,00 a 18,00) pela *per capita*. Este piso consiste em um montante de recursos financeiros tendo por objetivo estabelecer uma melhor equidade de recursos financeiros entre os municípios. É composto por uma parte fixa constituída pelo repasse ao município de no mínimo R\$ 10,00 *per capita* e no máximo R\$ 18,00, e por uma parte variável, destinada a financiar diferentes ações no campo da atenção básica.

1) PSF - Programa de Saúde da Família

1) PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde → percentual acrescido ao PAB

Como vimos, esse conjunto de tetos e incentivos mostra a grande complexidade envolvida na municipalização, gerando uma infinidade de discussões que ocupam a agenda da CIB e se traduzem em inúmeras interações entre os níveis de gestão, entre os gestores e entre os CS, CIB e CIT.

As ações de saúde são planejadas a partir do Teto Financeiro Global do Município, sendo primeiramente apresentado ao CMS. A SMS remete à SES, onde na CIB, a partir da PPI, são aprovados os recursos a partir do Teto Global do Estado. O repasse de recursos se dá de forma diferenciada para os municípios. Além do tipo de gestão, realidade sanitária do município e densidade populacional, as autoridades locais às vezes são dependentes de articulações interinstitucionais e tecnoburocráticas. Em cada estado ocorre intensa luta distributiva tanto entre os municípios quanto entre estes e o governo estadual, sendo negociações intergovernamentais conflituosas que, justamente, os Conselhos de Saúde, as Comissão Intergestores Bipartite e o COSEMS buscam atenuar.

Reiterando, a questão crucial para a implementação do SUS é o financiamento. Apesar do MS contar com um teto global, a política de saúde continua com um financiamento incerto, cuja definição, por enquanto, escapa ao domínio do MS e suas arenas de decisão.

Como se disse, com a NOB-96 e instrução normativa de 02/Jan/98, ocorreu uma aceleração na habilitação dos municípios. De particular importância foi a avaliação da SAS/MS – Secretaria de Assistência à Saúde/MS –, em 1997, apontando para a necessidade de aprimorar os instrumentos de gestão disponíveis, no que se refere a

-
- 1) FAE - Fração Assistencial Especializada → destinado a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos etc., sob gestão da SES
 - 1) TFAM - Teto Financeiro de Assistência do Município → financiamento do conjunto de ações assumidas pelo município
 - 1) TFAE - Teto Financeiro de Assistência do Estado → financiamento das ações sob responsabilidade do Estado
 - 1) IVR - Índice de Valorização de Resultados → Como incentivo à obtenção de impactos positivos sobre as condições de saúde, pode ser acrescido até 2% do TFAE.
 - 1) REFORSUS → Recurso transferido pelo MS que prevê financiamento de investimentos em infra-estrutura (equipamentos, área física etc.) com recursos do BID e do BM.

planejamento, programação e organização da rede, bem como a atuação da CIB e CES, em particular na programação e fiscalização da gestão.

Essas iniciativas foram acompanhadas pelo início de implantação da Rede Nacional de Informações, que certamente representa avanço fundamental no desejado aprimoramento da gestão em todos os níveis do SUS. Até agora, o processo de municipalização avançou muito em todo o país, embora não de forma homogênea devido às diferenças regionais. Em abril de 1999, dos 5.506 municípios do país, 94,46 % estavam habilitados, sendo 86% na gestão Plena de Atenção Básica e 8,43% em gestão Plena do Sistema. Contudo, não houve avanço significativo nos estados. Este ponto é importante, sobretudo no que tange às capitais de cada estado, visto que sua habilitação na gestão plena tem decisiva influência na organização do SUS. No entanto, em fins de 1999, havia apenas 6 capitais na gestão plena da atenção básica e uma (SP) sem nenhuma habilitação. (SAS/MS, 1999)⁹

2. As políticas de saúde no Estado do Rio de Janeiro

a) A redemocratização e o poder do governador

No estado do Rio de Janeiro, o debate sobre a descentralização foi incentivado em 1978 com as eleições de prefeitos com perfil municipalista. Porém, verifica-se uma despreocupação do Executivo estadual em assumir a política de saúde nesses termos.¹⁰

A implantação das AIS no RJ, a partir de 1984, possibilitou a transformação do cenário da assistência à saúde nos municípios. A condução dessa política foi fortemente influenciada pela Superintendência Regional do INAMPS, que assumiu a liderança do sistema estadual.

As AIS implicavam em uma integração entre as instâncias governamentais. Todavia, a SES se distanciara das AIS por entender que

⁹ O município do Rio de Janeiro também teve esta dificuldade de habilitação, como será discutido no Capítulo III.

¹⁰ A fusão do Estado da Guanabara com o RJ significou a criação de uma burocracia estadual sediada na cidade do RJ que tem enfrentado grandes problemas de organização e legitimação, tudo

o governo federal continuava fechado para a democratização do país e que essas ações tinham o intuito de enfraquecer a liderança dos governadores de oposição eleitos em 1982. Isto facilitou que o governo federal mantivesse a condução formal do setor no RJ até 1986, quando o governo Brizola e a SES, a cargo do Dr. Sérgio Arouca, assumem implementar as AIS expandindo as responsabilidades assistenciais dos municípios. Por outro lado, na rede de serviços próprios do INAMPS, ocorrem resistências à mudança e à possível administração pelo município.

Neste período, a SES implantou o PESB – Programa Especial de Saúde para a Baixada. Segundo Parada,

Essa política micro-regional previa o planejamento, administração e construção de unidades com o objetivo futuro de municipalizá-las e integrá-las ao sistema municipal de saúde dos diversos municípios participantes do programa. (Parada, 1997:108)

No PESB dá-se início à proposta de controle social com a criação dos Conselhos Comunitários de Saúde e participação dos usuários.

Mesmo com enormes dificuldades devido à interferência do INAMPS, o processo de descentralização se efetivou entre os municípios com assinaturas de convênios relativos às AIS, o que favoreceu a criação de secretarias municipais de saúde e investimentos significativos em unidades ambulatoriais. Este ambiente propiciou a consolidação da SES-RJ como instância responsável pela formação e implementação de políticas regionais. Além disso, os encargos do INAMPS (aquisição de serviços para unidades próprias, controle dos serviços privados e filantrópicas) foram transferidos para a SES.

A descentralização no RJ foi fortalecida com o SUDS, em 1987, ocorrendo neste período uma preocupação da SES em tornar o estado centro das transformações da política de saúde. Contudo, a SES-RJ não

isso repercutindo no setor saúde, em enormes dificuldades operativas que até hoje se fazem sentir, como confirma nosso trabalho.

tinha experiência nem para conduzir a regionalização (até então não coordenava as ações de assistência preventiva e curativa), nem para enfrentar o desafio de estabelecer as relações com a iniciativa privada, já que eram privativas do INAMPS.

Paulatinamente, os municípios passaram a ser responsáveis pelo contrato, avaliação e pagamento dos serviços privados. Aos poucos, absorveram a responsabilidade de aquisição de bens, reforma dos serviços e indicação dos gestores das unidades. Quanto aos hospitais gerais e especializados, permaneceram no âmbito estadual.

O SUDS incentivou a descentralização, fortalecendo os municípios enquanto gestores, sem configurar no entanto a integração, hierarquização e a instauração de mecanismos de referência e contra-referência. A baixa capacidade de investimento dos municípios contribuía para dificultar a absorção das unidades estaduais pelas prefeituras. Desse modo, não houve plena adesão ao SUDS. Com a criação do COSEMS-RJ, em 1988, inicia-se um trabalho de cooperação intermunicipal que contribuiu mais tarde para agilização das habilitações dos municípios.

Em 1991, o governador eleito Leonel Brizola assume uma postura de barganha com a SES, preocupado com a aprovação de projetos prioritários para ele. Neste período, os municípios participavam do processo de descentralização aprofundando suas atribuições e lutando pela distribuição dos tetos ambulatoriais e cotas de AIH, afirmando-se, assim, a política de municipalização, à qual aderiram prefeitos, SMS e COSEMS.

No entanto, as mudanças realizadas pelo governo federal no financiamento da saúde levaram à redução dos recursos repassados aos municípios, o que dificultou a absorção das novas funções por parte daqueles. Além disso, a SES-RJ passou a ser um mero repassador de tetos ambulatoriais e cotas de AIH, favorecendo a ligação direta entre o governo federal e cada município. Essa postura enfraqueceu a atuação da SES na política regional.

No que refere ao controle social, a instalação do CES, em 1991, foi objeto de questionamento jurídico-político na Assembléia Legislativa no

que diz respeito à sua composição, acenando para problemas que viriam afetar o funcionamento do CES até fins de 1998.

A partir de 1992, Brizola enfrenta problemas devido à precária coalizão de apoio político na Assembléia Legislativa. Esse fato ocasionou a instabilidade nas Secretarias do Executivo, em particular na SES, com rápidas mudanças de secretários de saúde: 1991-1992, Pedro Gomes Valente; 1992-1993, Luiz Cadorna e 1993-1994, Astor de Mello. Tudo isso redundou em posturas contrárias à implementação do SUS. Mais ainda, a operacionalização da NOB-91 acentuou as dificuldades existentes já que não deixava claro o papel do estado. Como afirma Parada,

Os momentos que se seguiram, a partir das mudanças de secretários e a secundarização da saúde nas políticas estaduais, produziram um retardo no processo de construção do SUS no estado, não ocorrendo fatos importantes, exceto denúncias de descaso, omissões (...) criando grandes dificuldades para a operacionalização do Conselho Estadual de Saúde. (Parada, 1997:142)

Em meio a esses confrontos, a SES tentou mudar seu papel de prestador de serviços e repassador de recursos, para executar ações de planejamento, acompanhamento, controle e avaliação de políticas e assessorar os municípios, ainda que de forma incipiente. Entretanto, na transferência das unidades para os municípios, a SES manteve-se ausente enquanto instância de condução da política regional. O baixo perfil de municipalização do RJ no contexto nacional é atribuído por Parada (1997:148) ao *limitado papel do estado na ordenação política e na defesa dos interesses regionais junto ao governo federal.*

No governo Itamar Franco, o curso da descentralização no plano nacional foi alterado com a NOB-93, havendo avanços na municipalização ao se adotar níveis de gestão, mas a SES-RJ não acompanhou. A partir dessa norma, os municípios aprofundaram suas atribuições de gestão e houve o fortalecimento do papel do COSEMS-RJ. No entanto, para Lima,

A SES era avessa às necessidades das instâncias municipais, contrária ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde em curso e às novas mudanças propostas com a NOB, onde teria que dividir com os municípios a administração do sistema de informação e controle do repasse de recursos federais. (Lima, 1999:110).

Frente a isso, o município do RJ avançou na regionalização interna, e se absteve da discussão sobre a política estadual. A ausência de liderança estadual frente ao SUDS e ao SUS fez com que predominassem as disputas intermunicipais pelo teto ambulatorial e cotas de AIH. Isso repercutiu no CES que, ao permanecer sem uma atuação concreta, incentivou a CIB a deliberar automaticamente. A função da SES seria regular e organizar as políticas micro e macro de seu âmbito, mas a sua omissão enquanto árbitro e regente provocou muitas colisões intermunicipais.

Cabe ressaltar que esse período se caracterizou por difíceis possibilidades de participação das instâncias. Quando a CIB foi montada no RJ, não encontrou na SES profissionais oriundos do movimento sanitário. Da sua parte, o presidente do COSEMS-RJ, Gilson Cantarino, convocou, em 1993, os secretários municipais para denunciarem a SES-RJ pela resistência à implantação da CIB no RJ, fato que culminou com a intervenção do MS para auxiliar nessa etapa e com ameaças de suspensão do repasse de recursos da União para o estado. Quer dizer, a CIB-RJ foi montada não por um movimento articulado com o objetivo de consolidar o SUS, mas por uma imposição do MS. Apesar dessa pressão federal, a nomeação dos membros da CIB-RJ foi feita somente em fevereiro de 1994, sendo presidida por Jorge Alberto Penna (diretor geral do Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico da SES) e não pelo secretário estadual de saúde, Dr. Astor de Mello.¹¹

¹¹ A composição inicial da CIB foi de 16 membros, sendo 8 titulares (4 SES e 4 COSEMS) e 8 suplentes.

Neste período também havia um relacionamento conflituoso entre a SES-RJ e a SMS-RJ, havendo inclusive uma tentativa de bloquear a participação da SMS-RJ e de seus suplentes nas reuniões da CIB. Essa situação só foi sanada com a intervenção do MS. (Lima, 1999:107).

Quanto ao financiamento no período de 1991-1994, o processo de descentralização foi fundamental para a entrada de recursos no RJ, mas não foram suficientes para alterar o gasto do governo estadual em saúde. Como afirma Parada,

O financiamento e o gasto no governo do Estado do Rio de Janeiro não apresentaram alterações significativas, que marcassem alguma mudança que pudesse refletir na assistência à saúde. (Parada, 1997:177)

Quanto às habilitações dos municípios, alguns atores colocam que os critérios não eram avaliados da mesma forma para todos, e com isso houve favorecimento de alguns em detrimento de outros, como afirma um gestor municipal e membro da CIB:

Houve favorecimento a algumas prefeituras para alcançar a gestão semi-plena, prefeituras que não tinham nenhuma estrutura organizacional nem gerencial foram colocadas nessa gestão. O alcance de gestão se dá também por influência do poder Executivo, Legislativo local, prestadores de serviços (...) na maioria dos municípios predomina o setor privado e os recursos transferidos nem sempre são utilizados de maneira adequada, não tendo mecanismo de controle. (Entrevista 9)

De qualquer forma, a habilitação da gestão pelos municípios avançou no período 1991-1994 graças à participação ativa do COSEMS na implementação da CIB. Segundo relatório da SAS/MS (1995), em dezembro de 1994 o modelo de gestão predominante do RJ era o atomizado. Os municípios (exceto a capital) eram gestores do sistema local, porém o estado não assumia a coordenação e regulação de forma a

garantir uma política estadual. Já em 1995, o modelo de gestão predominante, segundo relatório da SAS/MS (1996), era a municipalização com ênfase na regionalização. Sendo a gestão descentralizada, o município assumia o comando único das ações e serviços, tendo o estado forte participação na coordenação das relações intermunicipais. Neste ano, o estado já contava com 81 municípios, sendo 23 habilitados em alguma forma de gestão pela NOB- 93.¹²

b) Governo Marcello Alencar

O governador Marcello Nunes de Alencar (1995-1998) foi eleito no segundo turno, pela coligação “Rio Unido” (PSDB, PFL PP, PL, PMDB, PPR, e PTB), com 47,46% dos votos, derrotando seu adversário Anthony Garotinho, da coligação “Força do Povo” (PDT, PMN). Na ALERJ, o governo eleito contava com a maioria, ou seja, 33 deputados a favor e 24 da oposição.¹³ (JB, 20/11/1994)

A partir de pesquisa em jornais da época (setembro e novembro de 1994), percebe-se que a principal preocupação do novo governador era segurança pública, sendo constante seus relatos sobre a importância do Exército nas ruas e principalmente nas comunidades carentes.

No governo Alencar, o Secretário Estadual de Saúde, Antônio Luiz de Medina, iniciou seus trabalhos apoiando a CIB, que começou a funcionar mais sistematicamente, acelerando-se a descentralização. Os começos foram marcados por expectativas de mudança, melhoria na relação entre SES e os municípios e implantação efetiva do CES.

Mesmo com a proposta da SES de incentivar a consolidação do SUS, permaneceram os conflitos com a SMS-RJ. Em julho de 1996, foi enviado à CIB a proposta de habilitação à gestão semiplena do município do RJ para avaliação e aprovação. As discussões, estendidas por várias

¹² Em 1995 a situação do RJ era a seguinte: dos 81 municípios, 28,20% estavam habilitados, sendo 3 na gestão incipiente, 14 em gestão parcial e 6 na gestão semiplena.

¹³ Os deputados estavam assim distribuídos: 15 do PSDB, 8 do PMDB, 6 do PPR, 4 do PP, 10 do PDT, 10 da coligação Frente Brasil Popular (PT, PSB, PPS, PC do B, PCB, PV, PSTU), 2 do PMN e 2 do PRONA.

reuniões, foram turbulentas. O COSEMS posicionava-se a favor do município, enquanto a SES opunha-se. No centro das divergências figuravam indefinições quanto a pontos como financiamento das unidades estaduais a serem transferidas, em particular os hospitais. Esse problema foi fundamental para a governabilidade no período Alencar com repercussões no atual governo.

Quer dizer, a discussão transitou do âmbito técnico para o campo político, ficando explícitas as disputas de poder intergovernamentais. A falta de consenso provocou o congelamento da habilitação do município do RJ, sendo inclusive retirada a proposta por parte do próprio secretário municipal. Com isso, o estado mostrou ser ativo no veto e forte na tomada de decisão. Com a proximidade das eleições municipais de 1997, o tema foi retomado, sendo inclusive objeto de campanha eleitoral. (Lima, 1999:135)

Em setembro de 1996 assume a SES Ivanir Martins de Mello, que começa a direcionar os pontos da pauta da CIB. As acirradas divergências entre municípios e estados estavam associadas à delimitação de respectivas competências e à interferência político-partidária. Em 1997, novos atores chegam a essa arena com secretários municipais recém-nomeados e renomeação da diretoria do COSEMS/RJ. Mesmo assim, a SES manteve sua postura de não pactuação. Nesse período, o MS não participava regularmente enquanto interlocutor da CIB e o CES continuava distante desse seguimento.

Em setembro de 1997, é publicado novo regimento interno da CIB, ampliando o número de membros para 10 componentes (5 indicados pela SES e 5 pelo COSEMS) e mesmo número de suplentes. Nesse período, há maior engajamento dos secretários municipais na CIB, sendo avaliada como espaço importante de pactuação da política de saúde, o que incentivou inclusive disputas em torno das representações nesse colegiado. (Lima, 1999:144)

No relatório da SAS/MS, de 1997, constatou-se que a centralização das decisões na SES dificultava a gestão municipal, principalmente nos municípios mais complexos, bem como a não

integração da CIB e do CES com a SES e dificuldade de funcionamento dos mesmos.

A centralização das decisões na SES levou à necessidade das instâncias se articularem para seu próprio fortalecimento. Segundo o COSEMS, em geral não há um entrosamento entre a CIB e o CES porque as comissões são formadas por técnicos especializados e sua dinâmica é mais ágil que a dos conselhos, e atuam mais em função de parâmetros técnicos por não estarem vinculados a sindicatos ou associações. (COSEMS,1997). Essa afirmação é válida para o que veremos adiante.

Em janeiro de 1998 assume a SES Rosângela Bello, desprestigiando esses colegiados na medida em que não se fazia presente nas reuniões e inclusive adiava ou impedia o avanço das discussões mais importantes, continuando o confronto entre municípios e estado, porque os primeiros suspeitavam de favorecimento diferenciado da SES quanto à elaboração dos tetos municipais. Por outra parte, em meio essas turbulências, foi elaborada a PPI e aprovadas várias habilitações pela NOB-96 de forma consensual. A PPI, como já citado, foi uma inovação no que se refere à valorização da pactuação entre gestores para a relação intermunicipal.

Em fevereiro de 1998, o município do RJ apresentou à CIB a proposta de gestão pela NOB-96. Esse confronto entre a SES e a SMS teve origem anterior, quando a SMS apresentou à CIB o pleito de Gestão Semiplena para habilitação pela NOB-93. Na ocasião, vários obstáculos foram interpostos pela SES, alegando que o município do RJ não tinha elaborado um cronograma de absorção das unidades estaduais. Por sua vez, a SMS-RJ argumentava que não poderia assumir as unidades estaduais sem clara definição sobre os recursos financeiros necessários à operação e manutenção dos serviços a serem transferidos.

Em 1998, a SES não mais apresentava pendências normativas; em contrapartida, exigia transferência de recursos do município para o estado (cerca de 7 milhões de reais) para pagamento de suas unidades estaduais, além da gerência de estabelecimentos de média e alta complexidade. O estado pretendia investir no HELP – Programa de Hospitais em Locais Populares –, projeto este gerenciado por empresas

privadas e fazendo parte de um programa de terceirização da gestão e dos profissionais de saúde.

O estado e alguns municípios não estavam plenamente de acordo com a habilitação do município do RJ, como, por exemplo, os secretários da Baixada Fluminense, que foram contrários à habilitação justificando a falta de garantia do sistema de referência para seus municípios, posição esta oposta ao COSEMS. (Lima, 1999)

Frente esses desacordos, e por não querer submeter a discussão à votação, a CIB encaminhou à CIT essa situação para apreciação. A SES apenas concordava com a habilitação do município do RJ pela gestão plena da atenção básica, ou seja, era contrária à gestão sobre todo o sistema de saúde local. A habilitação do município somente foi aprovada no final de 1998, com a mudança de governo estadual, tendo em vista a derrota nas eleições do candidato da situação.

Como vimos, durante o governo Alencar a SES teve dificuldades de assumir o papel de reitor e regulador do sistema e de assessoria técnica aos municípios. Aliado ao caos que isso proporcionou, o governo estabeleceu uma orientação de mercado para direcionar suas ações, propondo a terceirização dos hospitais do estado, ou seja, não os entregando aos municípios mas à iniciativa privada.

Prosseguindo, a SES promoveu uma política autoritária, realizando licitações sem consulta ao CES e à CIB, dividindo os atores envolvidos entre a proposta do SUS e a da terceirização, (esta apoiada principalmente os profissionais de saúde que iriam ganhar mais). Entretanto, o que era discutido por alguns atores era que o custo com terceirizações era superior ao custo da gerência pela SES. Previa-se inclusive, e como de fato aconteceu, um não investimento da rede contratada em serviços complexos e em emergência, mas em serviços mais simples já que dão mais lucro.

Nesse clima de autoritarismo da SES, o CES não tinha espaço concreto para definir e acompanhar a política de saúde e continuava com problemas de funcionamento. Na sua pesquisa sobre as relações político-institucionais no estado do RJ, Labra (1998) evidenciou dificuldade de acesso às atas, ausência de divulgação das atividades e insuficiência de

verba para funcionamento do colegiado. O ponto crucial da falta de legitimidade era a não homologação por parte da SES, das deliberações do CES, que era contra as terceirizações dos hospitais, mas não tinha forças para impedi-las. As decisões terminavam sendo tomadas pelos técnicos da SES e referendadas pela CIB que, por sua vez, não era autônoma. Falaremos do conflito entre essas instâncias no próximo capítulo.

Em 1997, o COSEMS divulga o Manual do Gestor, colocando-se contra uma política de apadrinhamento, contas obscuras e “remuneração da doença”. Defende enfaticamente a transparência na transferência de recursos fundo a fundo, a promoção da saúde e a maior autonomia para o gestor municipal. Valoriza também o exercício de controle social através dos conselhos, como instrumento de pactuação e debate sobre o uso adequado dos recursos financeiros entre governo e sociedade civil. (COSEMS, 1997)

Nesse período, a participação dos secretários municipais na CIB é bastante acentuada e baseada na concepção cada vez mais partilhada quanto à importância dessa arena para atualizar e implementar os avanços na descentralização do SUS.

c) Governo Anthony Garotinho

Em janeiro de 1999, o governador Anthony W. Garotinho M. de Oliveira (PDT) assume o mandato, após vitória nas eleições de 1998, no segundo turno, pela coligação “Muda Rio” (PDT, PT, PCB, PSB, PC do B), derrotando seu adversário, o candidato César Maia, do PFL.

Assume a SES o Dr. Gilson Cantarino, ex-presidente do CONASEMS e do COSEMS e ex-secretário municipal de saúde de Niterói. Este adota uma postura decidida quanto a consolidar o SUS no RJ, propondo uma política transparente e participativa de valorização do CES enquanto espaço de formulação da política e de controle social.

Para tornar mais equânime o acesso da população aos serviços de saúde e atender as carências de serviços, uma das primeiras medidas foi elaborar uma proposta de Rede de Centrais de Regulação no Estado

do Rio de Janeiro, em conjunto com as secretarias municipais de saúde e com a CIB. Trata-se de uma estratégia gradual e flexível de implantação centrada em procedimentos de alta e média complexidade, internações obstétricas, cuidados prolongados e doenças infecciosas. Os municípios pólos receberiam uma estrutura de Central de Regulação padrão que se adequaria à realidade local. A proposta é que todas as Centrais estejam conectadas permitindo a transparência da distribuição dos recursos e o fluxo dos pacientes entre as unidades no estado.

Como vimos ao longo desse capítulo, as diretrizes fundantes do sistema de saúde remontam aos anos 70, mas, na prática, se concretizam na década de 90. O estado do Rio de Janeiro, sede do INAMPS, que comandava esses processos, foi também palco de diversas iniciativas (AIS, SUDS, SUS). No entanto, entraves políticos derivados de continuados desentendimentos do governo estadual com os municípios, em particular com o Rio de Janeiro, travancaram o avanço harmonioso da descentralização.

Como veremos no Capítulo III, o clima de pessimismo transpareceu em todos os depoimentos recolhidos durante 1998 até a gestão Alencar se encerrar. No entanto, renovado otimismo revelaram os atores após a posse do novo governador Anthony Garotinho, em janeiro de 1999. Nessa comparação descortinaram-se contradições, impasses e esperanças, mas também incertezas próprias dos processos políticos.

Capítulo III – Atores em Movimento

1. Aspectos metodológicos

As instâncias colegiadas do SUS são *locus* cruciais para compreendermos o processo decisório setorial e suas implicações para a política de saúde do estado do Rio de Janeiro. Para estudá-las, fizemos uma pesquisa de caráter exploratório e qualitativo, devido à própria natureza do objeto de estudo. Segundo Minayo (1994), para analisar essas relações que se configuram como fenômenos da realidade social, o melhor tratamento é o da metodologia qualitativa, a partir de técnicas de coleta, ordenação, classificação e análise dos dados a fim de perceber elementos importantes para resolução ou informação do problema da pesquisa.

Essa pesquisa se caracteriza também como exploratória na medida em que o *policy-making* setorial, sob a nossa perspectiva teórica, é pouco conhecido e existe escassa literatura sobre o assunto. Além disso, estudos dessa natureza colocam dificuldades de objetivação. Pretendemos, portanto, uma primeira aproximação à questão, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento teórico metodológico da investigação do *policy-making* na área da saúde.

Como diz Troviños (1990), um estudo exploratório tem o propósito de pesquisar uma nova área de interesse ou um objeto de estudo novo ou pouco estudado. Utilizamos as técnicas do estudo documental, da observação participante e da entrevista. O estudo documental incluiu exame das atas do CES e da CIB do período de janeiro de 1998 a julho de 1999, bem como revisão das publicações desses colegiados, do COSEMS e outras fontes consideradas pertinentes. Nos anexos 1 e 2 estão relacionados os assuntos mais discutidos nas reuniões. Cabe ressaltar que a qualidade das atas não favorece uma análise mais próxima da realidade, visto que refletem superficialmente as discussões travadas em torno dos assuntos, demonstrando inclusive pouca profundidade e possibilitando ao leitor um precário conhecimento de como se estabelecem as divergências e pactuações entre os atores envolvidos.

A observação participante, ou seja, o contato direto do observador com o fenômeno estudado, foi realizada no mesmo período de análise das atas, nas reuniões do CES e da CIB, além de participação em seminários e debates da área. Neste estágio, buscou-se realizar um diagnóstico de situações e relações não registradas em atas, com base num roteiro de pontos observados, a fim de compreender as reações e interações dos atores.

A entrevista, por último, foi utilizada para captar impressões dos atores enquanto sujeitos da realidade estudada. Assim, trabalhamos com entrevistas semi-estruturadas com atores privilegiados que participam do processo decisório nessas instâncias. Essa técnica baseia-se num roteiro prévio para guiar a entrevista, porém sem limitar a liberdade de argumentação do entrevistado. (Anexo 3)

As entrevistas foram trabalhadas em sua homogeneidade no sentido das percepções semelhantes e diferentes dos atores envolvidos, buscando um entendimento do objeto de estudo. Quanto ao critério de escolha dos entrevistados, a princípio seriam os atores que tiveram ou têm participação mais destacada nos colegiados. Posteriormente percebemos a importância de contatar atores que, embora sendo gestores, não se faziam presentes nas reuniões. Entretanto, essa abordagem apresentou dificuldades, já que alguns se recusaram a ser entrevistados ou a fornecer informações.

A princípio definimos 16 atores a serem entrevistados, mas tivemos acesso somente a 12. As informações foram completadas com outros contatos abordados sem a utilização de roteiro ou gravação, perfazendo 17 contatos (Anexo 4). Cabe ressaltar que os entrevistados tiveram sua identificação preservada por motivos éticos.

2. O Conselho Estadual de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite no Rio de Janeiro

Em consonância com a Lei 8.142 de 1990, o CES-RJ foi constituído pelas resoluções do CNS nº 71 de 15 janeiro e nº 76 de 28 de janeiro de 1993. Como sabemos, é um órgão com caráter deliberativo, responsável pela elaboração e atualização da política estadual de saúde, bem como pela fiscalização e controle de programas e ações. Guia-se por regimento interno que segue padrão geral, embora atualmente esteja sendo revisado esse estatuto em todo o país no que se refere à obrigatoriedade do secretário estadual de saúde (bem como os secretários municipais) ser o presidente, além de outros quesitos relativos à composição da representação. No caso do RJ, o secretário estadual é o presidente nato desse fórum.

O CES-RJ é composto por 28 membros, sendo 25% prestadores¹⁴, 25% profissionais e 50% usuários, além dos suplentes, sendo eleitos por um mandato de 2 anos passível de renovação (Anexo 5). Possui a seguinte organização: plenário, órgão máximo de deliberação que se reúne mensalmente de forma ordinária e extraordinária quando julgar necessário; comissão executiva, composta por 4 membros, tem por objetivo elaborar previamente as propostas de pautas e submetê-las ao plenário; secretaria, registra as reuniões em atas, encaminha as resoluções do conselho para serem publicadas em Diário Oficial e executa outras atividades administrativas; comissões temáticas, compostas por grupos de profissionais e *experts*, não necessariamente conselheiros, encarregados de discutir temas urgentes ou específicos, por exemplo, dengue, mortalidade infantil etc.

Para fins de tomada de decisões, foi estipulado um *quorum* de 1/3 dos membros para deliberação de matérias gerais e 2/3 para matérias especiais (orçamento estadual, recursos, fundos etc.). Por lei, a SES deve proporcionar ao CES condições para seu funcionamento e suas decisões

¹⁴ Prestadores do setor público de todos os níveis de governo e da rede privada conveniada.

devem ser homologadas pelo secretário estadual para publicação no Diário Oficial do Estado.

A CIB-RJ foi instituída em 1993. Seu regimento a define como instância privilegiada de negociação e decisão do SUS na esfera do estado, tendo por finalidade acompanhar todos os aspectos operacionais da descentralização, do financiamento e da habilitação.

A CIB tem a seguinte organização: plenário, órgão de deliberação e conclusivo, composto por 5 membros da SES designados pelo secretário estadual e 5 membros do COSEMS designados pelo presidente desta associação, além dos suplentes; câmaras técnicas, criadas pelo plenário para atender objetivos específicos como avaliação de problemas e situações a partir de parâmetros, elaborar pautas da CIB etc.; secretaria executiva, apoia administrativamente as atividades do plenário e das câmaras técnicas.

O *quorum* para a tomada de decisão é de metade mais um de seus membros. As propostas aprovadas pela CIB devem ser homologadas pelo secretário estadual e pelo CES.

Tanto no CES como na CIB há uma ordem de trabalho: verificação de *quorum*; leitura e aprovação de ata da reunião anterior; proposta e aprovação de pauta, com inclusão e/ou retirada de temas e discussões. O mandato de seus membros é de 2 anos renováveis por igual período. Somente os membros titulares (e suplentes na ausência destes) têm direito a voz e voto e os convidados apenas têm direito a voz. As reuniões são registradas em atas. Nas duas instâncias o propósito é produzir consenso, sendo a votação o último recurso. A esse respeito, observamos diferenças entre ambas arenas: na CIB sempre se discute até encontrar o consenso, no CES, ao contrário, várias matérias vão para votação.

3. Funcionamento do CES e da CIB

Como se disse, a legislação relativa ao CES e à CIB, assim como os respectivos regimentos, estabelecem clara divisão de atribuições

entre essas arenas. No entanto, uma primeira questão que ressalta da nossa análise é, justamente, a confusão entre os papéis de cada instância, o que gera relações conflituosas ou recriminações seja por inoperância (não cumpriria seu papel) ou por invasão de campo.

Ao nível nacional, a CIB foi criada após os CS para servir como espaço de articulação, negociação e pactuação entre os gestores do SUS, diante da necessidade de agilizar a descentralização, da qual os CS não dariam conta. Como a autonomia dos municípios é um elemento indispensável da municipalização, os gestores reivindicaram um fórum dessa natureza para compartilhar decisões, estabelecer prioridades e buscar resoluções no plano institucional.

Com efeito, há acordo entre os entrevistados que a CIB foi fundamental para descentralizar as decisões sobre alocação de recursos do SUS, além de estabelecer uma ação mais transparente entre os gestores, tendo se legitimado como importante fórum para discussão de todos os aspectos operacionais do difícil curso da municipalização. Além disso, é destacado seu papel fundamental no curso da habilitação, o que é confirmado por um representante quando esclarece que *sem a CIB, a descentralização não estaria acontecendo do jeito que está, com responsabilidade, prerrogativa firmada e pactuada.* (Entrevista 3)

É certo que a CIB se consolidou como um espaço democrático que reforça a participação. Porém, como alguns secretários não participam, é prejudicado o município ausente, já que a este se lhe nega a possibilidade de negociar. Nesse caso, a CIB decide em cima dos documentos que são apresentados à câmara técnica e faz uma avaliação. A ausência de alguns secretários é justificada pela não disponibilidade de tempo. É claro que os participantes ativos são os que detêm maior número de informações e, conseqüentemente, têm maiores vantagens na hora de tomar decisões. Dessa observação se deduziria que os secretários não engajados na CIB utilizam outros meios extra CES e CIB (ou clientelísticos) para negociar suas necessidades.

Quanto ao funcionamento do CES-RJ, no começo de 1999, já na **gestão Garotinho**, ainda apresentava traços do comportamento que tivera desde antes da gestão Alencar. Nas palavras de um representante

do COSEMS/RJ, o CES é visto como *não ativo e participativo, funciona um pouco à parte*. Por exemplo, as questões divergentes surgidas na CIB deveriam ser submetidas ao CES *mas este não interfere como deveria*. Enquanto a CIB estaria cumprindo sua função operacional, o CES *nunca assumiu seu papel*, pois não exigiu examinar as matérias que lhe incumbem. (Entrevista 1)

Embora se reconheça a importância da articulação entre o CES e a CIB, e o papel diferenciado de cada arena, aos olhos de representantes do COSEMS a atuação do CES sempre foi confusa havendo uma *disputa política muito grande entre seus participantes*. Por esse motivo, o CES não conseguiu acompanhar a CIB, que é *mais dinâmica já que é formada por gestores, com interesses bem focalizados (e portanto) acaba decidindo numa velocidade maior*. (Entrevista 5)

Na comparação, em consequência, a CIB aparece como sendo mais ágil que o CES, e isso é atribuído ao fato daquela ser uma instância eminentemente técnica. Ao contrário, a politização do CES seria um fator que gera paralizações ao ponto deste não intervir apropriadamente na questão mais importante que é o financiamento das ações de saúde previstas na política nacional, em particular naquelas definidas na NOB-96.

Todavia, as críticas não se limitam à falta de agilidade do CES. Na atuação deste, membros da CIB observam uma “invasão de campo” na medida em que o CES iria além da sua atribuição de formular e fiscalizar as políticas de saúde, como determina a lei, ao se imiscuir em assuntos próprios da gestão. Reitera-se que o CES *deveria limitar-se a discutir e aprovar as diretrizes da NOB, mas a implementação não é sua atribuição*. (COSEMS, 1999)

De outro lado, membros do CES defendem-se. Consideram que a CIB toma a dianteira em matérias que competem ao CES:

A CIB deve partir de uma política já aprovada pelos CMS e pelo CES (...) cujo papel é muito maior que o da CIB, são instâncias não complementares mas cujos poderes diferenciados deveriam estar articulados. A CIB não pode tomar uma decisão que o CES não tenha aprovado no plano estadual. (Entrevista 12)

Em suma, a questão que se coloca é a pouca clareza na relação entre o CES e a CIB, que é atribuída pela CIB e pelo COSEMS ao fato de o CES ter um caráter diferente, politizado, ora avançado, ora abstendo-se frente a determinados assuntos. Isto revela, na verdade, uma “crise de identidade” do CES, que após a criação da CIB tem se tornado cada vez mais evidente. Aliás, esse fenômeno poderia ser generalizado para a maioria dos CS do país, constituindo, portanto, um ponto de extrema importância para o bom funcionamento da gestão compartilhada na implementação do SUS. Essa conclusão é referendada por Labra, quando afirma que:

A CIT e a CIB estão integradas pela tecnoburocracia de primeiro escalão, o que lhes permite cumprir papel arbitral crucial nas complicadas negociações relativas à descentralização política, administrativa e financeira envolvidas no SUS. Entretanto, à medida que assumem maior número de decisões, é inevitável o surgimento de conflitos de competência com os Conselhos de Saúde, produzindo as típicas tensões entre política e burocracia na democracia. (Labra, 1998)

Além da existência de atritos entre essas instâncias, há divergências no interior de cada uma delas, como ilustram as negociações que ocorrem entre os membros da CIB e a forma como se chega ao consenso.

4. Negociações na CIB: conflitos e acordos

Tanto o CES como a CIB têm o propósito de sempre buscar acordos evitando tomada de decisão pelo voto. No CES é freqüente a votação, diferentemente da CIB, que procura esgotar a discussão, ainda que seja necessário adiar questões para reuniões seguintes. Neste caso, o consenso é visto como elemento fundamental para produção de

resultados satisfatórios a fim de estabelecer diretrizes mais permanentes. Em alguns casos o consenso é imposto pelo tempo; quando se produzem antagonismos, a posição final é apressada pelo prazo estabelecido, como, por exemplo, o cronograma do REFORSUS para a transferência de recursos.

A proposta de trabalhar a partir do consenso incentiva a manifestação de todos os atores envolvidos e, por isso, as discussões levam a situações de intensos confrontos entre as partes. Tópicos como os mencionados a seguir ilustram embates entre os gestores.

Em 1999, foi feito um corte de recursos no orçamento da saúde para o RJ, retirando-se-lhe R\$ 2,4 milhões. Duas propostas foram colocadas: o corte seria de acordo com a complexidade dos municípios ou seria linear para todos eles. Em determinados momentos, a CIB procurou estabelecer o consenso pelo “caminho mais fácil”, a fim de contornar as divergências. Neste caso, foi aprovado corte linear de 7% para cada município, já que esse era o caminho menos polêmico, “apesar de não ser o melhor em termos técnicos”. (Entrevista 9)

Avaliando essa situação, um representante da SES afirmou que o ideal seria um planejamento que contemplasse as diferenças regionais e o atendimento que o município propicia aos demais municípios, além da situação deficitária e superavitária dos municípios. Esta metodologia, no entanto, não foi seguida, já que demandaria tempo e criaria problemas no estabelecimento de critérios quanto a ganhos e perdas de recursos.

Na discussão sobre teto financeiro, a possibilidade de confronto está sempre presente, já que nenhum gestor quer perder recursos. Com esse objetivo, a CIB tem buscado fixar parâmetros técnicos que eliminem qualquer possibilidade de clientelismo e privilegiamento de alguns municípios em detrimento de outros. Todavia essa meta não tem sido viável ainda.

Na discussão sobre a distribuição dos recursos do REFORSUS no RJ, também percebe-se um conflito entre municípios que tiveram vários projetos aprovados e aqueles que nada ganharam por falta de enquadramento nos requisitos estabelecidos pelo MS.

Como destaca um membro da CIB, essa discussão gerou muitos confrontos. Nessa pactuação nem todos saíram satisfeitos, mas o consenso teve que ser imposto devido ao prazo estabelecido para entrega das propostas. Os projetos mal elaborados ou entregues fora do prazo foram facilmente descartados. Outros municípios desenvolveram projetos de boa qualidade e o conflito maior se estabeleceu na hora de decidir entre os melhores projetos. Foi necessário, portanto, criar critérios para seleção e avaliação de prioridades e capacidade técnica, dentre outros, surgindo vários desacordos. Cabe destacar, no entanto, que não foi adotado um critério baseando a distribuição dos recursos do REFORSUS a partir das necessidades locais.

De outra parte, também houve embates entre os municípios e a SES, no momento em que esta almejou concentrar recursos em seus hospitais embora os municípios discordassem desta postura. Como denuncia um gestor, *o governo estadual, além de querer financiar seus projetos com o REFORSUS, foi o que mais tentou ficar com os recursos, configurado-se um grande confronto entre os municípios e o estado.* (Entrevista 8)

Diferentemente, em São Paulo, por exemplo, o governador Covas, após avaliação, decidiu retirar do REFORSUS e financiar com recursos próprios todos os projetos de grande porte. No Rio Grande do Sul, o governador Eurico Dutra resolveu complementar com o teto do estado a carência de recursos após o repasse do MS. No RJ a SES teve atitude diversa, pois, em vez de incentivar o equacionamento de problemas nos municípios, insistia em competir com os mesmos. (Entrevista 4)

No entanto, tem havido avanços na discussão sobre distribuição e alocação de recursos entre todos os atores envolvidos, porque a CIB possibilita eliminar ou atenuar o clientelismo, conchavos ou apadrinhamento, tendo em vista que ela aprova a destinação de todos os recursos. Um membro da CIB destaca que na análise desses processos, no cumprimento de parâmetros e na verificação de prioridades, *em vez de ser uma negociação do prefeito com o governador, a discussão é caso a caso com todos os presentes na CIB.* (Entrevista 3)

A respeito da PPI, também houve colisões entre os gestores dos municípios que tinham serviços e entre os que não dispunham deles, e que portanto deveria ressarcir aos primeiros pelo atendimento de municípios. Mesmo sendo algo pactuado, a negociação não foi simples, e para chegar aos acordos ocorreram diversas discussões. A PPI foi considerada por muitos atores como um avanço porque permite ao município controlar quem é atendido e por quem é prestado o serviço. Se antes disso entre os gestores o relacionamento era informal, com a PPI teve início uma pactuação institucional, de modo que os recursos, em lugar de ficar com a SES-RJ, são transferidos para o município mais próximo que detém os serviços. Na verdade, esta pactuação dá maiores garantias de assistência à população daqueles municípios com serviços insuficientes.

A PPI é um instrumento para negociar o orçamento e envolve disputas cada vez mais localizadas, e um jogo acirrado entre os municípios pela obtenção de recursos. Justamente, o objetivo da PPI é que os atores busquem um equilíbrio de todo o sistema visando a estabelecer uma política estadual mais eqüitativa.

A discussão da PPI demorou dez meses, ocorrendo reuniões com grande intensidade de discordâncias, barganhas e acordos. A CIB discutiu e pactuou regionalmente, já que a referência se dá mais entre municípios vizinhos, e, a partir daí, foi elaborado um plano estadual ratificando esse pacto, inclusive promovendo as transferências dos tetos financeiros, a ser avaliado a cada quatro meses.

Reiterando, a existência de colisões no processo decisório da CIB é uma constante, mas a resolução dos problemas através do consenso permitiu que muitos assuntos fossem aprovados, como REFORSUS, PPI e habilitação do município do RJ (Ver tópicos 7.b e 7.c). Nestes entraves nas relações intergovernamentais, inerentes ao *policy-making*, a CIB cumpre papel extremamente importante justamente porque busca discutir e contornar situações conflituosas de forma democrática.

Independente da forma como são negociadas as decisões nas instâncias colegiadas do SUS, seja através de votação ou a partir do esgotamento da discussão, o desempenho de cada instância, a relação

entre as mesmas e a condução das propostas aprovadas sofrem constante influência da SES, ator decisivo na política estadual.

5. O papel da SES-RJ

Com o SUS e a municipalização, todas as secretarias estaduais de saúde têm sofrido alterações em seu papel tradicional, fato que tem provocado crises de identidade, já que, de eminentemente executoras das ações, tiveram de ser transformadas em coordenadoras e planejadoras da política estadual. Essa mudança de perfil se acelerou com as NOB, que buscam consolidar uma nova estrutura assistencial onde os municípios devem ser os executores.

Alguns atores comentam que a NOB-96 não deixa claro o papel do estado ao propor a descentralização radical para os municípios. Esse problema deriva da Constituição de 1988 que redefiniu aspectos tributários e financeiros do Pacto Federativo, mas não determinou as correspondentes obrigações das unidades subnacionais. Por outro lado, a proposta da municipalização não é anular o papel da SES, mas, sim, atribuir-lhe uma função de programação, fiscalização, regulação e coordenação de todos os aspectos operacionais, além de prestar assistência técnica e financeira. O objetivo é possibilitar que os municípios desenvolvam uma política local visando a unicidade do sistema em todo o estado.

Mas esse processo implica uma difícil redistribuição de poder entre os níveis de governo. No caso das secretarias estaduais de saúde, tiveram de ser vencidas muitas resistências para que abrissem mão de prerrogativas que detinham. Isto, por sua vez, envolve mudanças no modelo assistencial, cujo alcance ainda não pode ser apreciado. Segundo o MS, seria fundamental uma discussão entre o estado e municípios para definir: modelo de atenção, repasses de recursos e configuração das redes estadual e municipais hierarquizadas. (MS/SAS,1997)

No entanto, a SES-RJ não teria cumprido sua função de promotora da política descentralizada e regional das ações na implantação

do SUS. Como alguns atores denunciam, *em diversos momentos a SES estava competindo com os municípios na atenção à saúde* (Entrevista 8). Como a SES-RJ não queria abrir mão da prestação de serviços, sua função intermediadora das relações municipais ficou confusa, mesmo porque disputou recursos financeiros com os municípios.

Esse comportamento, que não é particular ao RJ, transparece na forma como a SES conduziu o processo de habilitação do município do RJ, em 1998, pela NOB-96, exercendo seu poder de veto, bloqueando o pleito da SMS-RJ e provocando impasses insuperáveis que exigiram a intervenção do MS, do CNS e da CIT.

A condução da política de saúde no estado depende, como já comentamos, da atuação da SES, que pode ser avaliada em dois sentidos contrapostos. Por um lado, a SES é uma instância forte porque, na qualidade de autoridade máxima do Executivo estadual no setor, preside a CIB e o CES e, pelas normas, deve coordenar, pactuar e aprovar ou vetar resoluções. Por outro lado, porém, a sua contribuição para o financiamento do SUS nos municípios é ínfima ou mesmo nula. Esses dois papéis contraditórios da SES refletiram-se na relação desta com o CES e a CIB, destacando a questão do financiamento como o ponto crucial dos embates. Outros focos de discussão, como o controle social, foram alvo de controvérsias devido à forma como a SES conduzia as discussões. No próximo tópico, apresentamos algumas considerações a respeito dessas relações.

6. Relação entre CES, CIB e SES

A relação boa ou ruim entre essas instâncias depende de uma correlação positiva ou negativa entre as forças políticas (devido a posições estratégicas na arena política, influência partidária e poder de veto) e da capacidade dos atores para colocarem seus interesses e influírem nas decisões. Por sua vez, a atuação da CIB e do CES vai ser incentivada ou

inibida dependendo da forma autoritária ou democrática da SES exercer o poder.

Estas instâncias possuem particularidades que acompanharam a sua origem. No caso do CES, em 1991, os conflitos e acomodações foram resolvidos quando a Assembléia Legislativa finalmente aprovou sua criação. A negociação foi relativamente fácil já que o CES fazia parte dos requisitos exigidos pelo MS para enquadrar a SES nos marcos operativos e financeiros do SUS.

Para a instalação da CIB no Rio de Janeiro, em 1993, ao contrário, houve grande dificuldade devido à crise que a SES vivia na época. Neste período foi constante a troca de secretários¹⁵, fato interpretado como *falta de comprometimento desses gestores com o SUS da forma como foi colocado pelo movimento sanitário* (Entrevista 7). Em contrapartida, o MS decidiu que não repassaria recursos enquanto a CIB não fosse montada. Desse modo, a sua instituição resultou de pressões do poder Executivo Federal.

Mas a CIB logo sofreu forte interferência da SES quanto à condução das decisões e aos vetos. Esta atuação foi muito clara na gestão Alencar. Segundo um membro da CIB,

A SES começa a agir como se fosse a própria CIB e o COSEMS; retirou o poder decisório dessas instâncias e além disso escrevia-se nas atas coisas diferentes das acordadas nas reuniões, que por isso não eram documentos confiáveis.
(Entrevista 9)

Quanto às relações entre CES, CIB e SES cabe uma consideração adicional. A participação do CES na CIB, aprovada no regimento desta¹⁶, não significou uma maior aproximação entre os colegiados, permanecendo ainda a ausência do CES nas reuniões da CIB,

¹⁵ Os secretários estaduais de saúde, no governo Brizola, foram: 1991-92: Pedro Gomes Valente, 1992-93: Luiz Cadorna e 1993-94: Astor de Mello.

¹⁶ Segundo seu próprio regimento, o CES deve participar da CIB enquanto instância de recurso frente às questões divergentes.

além de não homologação das deliberações da mesma. Isto inclusive se reflete em quatorze estados que não cumprem o estabelecido pela legislação quanto a submeter as decisões da CIB à apreciação do CES (SAS/MS, 1999).

Segundo o COSEMS (1997), a CIT está muito mais próxima do CNS do que a CIB do CES. O CNS é mais operativo no sentido de aprovar mais resoluções do que qualquer outro conselho de saúde, já que dele fazem parte atores setoriais do primeiro escalão, a começar pelo ministro. Isso justificaria uma relação mais estreita da CIT com o CNS do que a CIB com o CES, embora recentes atritos entre ambas arenas e o ministro tenham vindo à tona.¹⁷

A maior agilidade da CIB em relação ao CES se dá não somente por seu caráter técnico, mas principalmente por se constituir num grupo mais homogêneo, mesmo considerando o interesse de cada gestor em favorecer suas bases. Já o CES-RJ, como os demais conselhos, é composto por representantes de diferentes segmentos da sociedade, cada um com interesses divergentes, e tem um caráter mais político, o que afetaria a rapidez nas deliberações.

O controle social depende de que as decisões e informações sejam compartilhadas democraticamente, em particular as relativas ao processo decisório da CIB. Mas, como a CIB não é um fórum aberto para os demais segmentos da sociedade, a estes fica apenas o CES para se pronunciarem. Além disso, a transparência das decisões é ofuscada pelo fato de serem publicadas em Diário Oficial sem divulgação prévia, impedindo um acompanhamento permanente. Seria preciso, portanto, que todos os membros do CES tivessem acesso aos documentos, às atas e às informações que dizem respeito à condução da política de saúde. A esses entraves ao controle social juntam-se as dificuldades pelo linguajar técnico, muitas vezes incompreensível para os leigos.

Analisando as atas de 1998 e 1999, percebe-se que na CIB há ausência de discussões acerca de projetos para o estado. Diferentemente, no CES, há uma forte preocupação com a III Conferência Estadual de Saúde, fórum de maior importância para o estabelecimento de diretrizes

para a política estadual de saúde (Anexos 1 e 2). Isto se deve à natureza diferente de cada arena. No entanto, deveria existir complementariedade entre Conferência, CES, CIB e SES para que as ações fossem convergentes, tendo em vista o interesse geral.

Outro elemento importante destacado pelo relatório da SAS/MS (1999), refere-se às regras da descentralização. Quando estas não são claras, a CIB funciona mais como espaço de reclamações e denúncias do que como espaço de pactuação entre gestores. Isso difere da realidade da CIB-RJ, já que, como mencionado, procura discutir os assuntos até esgotá-los e tem obtido resultados concretos, como ficou evidente, por exemplo, no caso das habilitações dos municípios que, em abril de 1999, todos encontravam-se em algum tipo de gestão.

Os CS também funcionam como espaços de denúncias, em particular quando se constata irregularidades e os conselheiros formulam propostas para enfrentamento e solução das mesmas. No caso do CES-RJ, registramos muitas denúncias, mas sem alternativas concretas para intervenções e/ou mudanças e, quando isto acontecia, o CES não teve o respaldo da SES.

Independentemente desses impasses, o CES constitui um novo tipo de organização onde a participação é semi neocorporativa, visto que representantes de associações setoriais podem influenciar de forma legítima a política de saúde. Todavia, como se disse, essa possibilidade é coibida devido à falta de apoio do Executivo estadual por um lado e, por outro, pela escassa articulação dos conselheiros, em particular dos representantes dos usuários.

Mesmo quando os atores têm consciência de seus papéis e estão envolvidos com a política de forma a buscar a consolidação do SUS, é comum a ocorrência de oposições, discordâncias e demoras na tomada de decisão, fenômeno este concreto tanto no CES como na CIB. Num fórum democrático, onde todos têm direito de participar e expor suas idéias, a obtenção do consenso é mais demorada. No entanto, esses mesmos espaços oferecem a possibilidade de elaboração e pactuação de

¹⁷ CONASEMS (1999) Jornal do CONASEMS. Brasília, abril: ano IV(51).

políticas mais sustentáveis. Mas, como vimos, diversos fatores concorrem para que isso não aconteça.

7. Temas em Debate

As atas do CES de 1998-99 mostram que os pontos mais discutidos nas reuniões foram: infra-estrutura do CES e dificuldade de funcionamento, VI encontro em Brasília dos CES e CMS, capacitação de conselheiros e terceirizações, sendo predominante a discussão sobre realização da III Conferência Estadual de Saúde (Anexo 1). Esses temas dizem mais respeito ao exercício do controle social do que às políticas de saúde, o que é coerente com o funcionamento precário ou debilidade do CES, já apontado.

As atas da CIB do mesmo período, por sua parte, mostram discussões centradas em questões técnicas: teto financeiro; habilitação dos municípios; plano de combate a carências nutricionais e tabela de informação hospitalar e ambulatorial. (Anexo 2)

A seguir, tecemos comentários baseados nas entrevistas e na observação participante, sobre controle social, financiamento e habilitação, que são os tópicos discutidos com mais frequência no período analisado (1998-1999). A análise considera a gestão dos governadores Alencar e Garotinho.

a) Controle Social

O controle social, entendido como o exercício do controle sobre as políticas de saúde por parte dos representantes da sociedade civil, é garantido através dos conselhos de saúde. Sua potencialidade reside no acúmulo de forças mediante a organização e a participação ativa dos cidadãos nesses colegiados.

Em começos de 1999, o CES ainda apresentava comportamentos condicionados pela forma como foi tratado durante o governo Alencar, cuja gestão os atores caracterizam como autoritária e centralizadora, por não compartilhar as discussões com o CES e

desconsiderar suas propostas no que se refere à política de saúde estadual. Essa atitude do governo teria impedido o desenvolvimento do exercício do controle social. Como coloca um ator,

O CES é composto por pessoas ativas; o problema é o desrespeito que se tem ao conselho. O conselho pode ser muito bom, mas se o gestor estadual desrespeitá-lo enquanto interlocutor, tem vários problemas para seu funcionamento. Se a SES propõe trabalhar junto com o CES e este perder a maior parte do tempo denunciando e atrapalhando a elaboração de propostas, aí se pode dizer que ele não quis produzir.... mas o CES do RJ nunca teve a chance de ser um interlocutor.
(Entrevista 7)

O clima de desrespeito ao CES teria atingido seu auge quando Rosângela Bello assumiu a Secretaria Estadual de Saúde (1997-1998). Na sua gestão,

O conflito foi aberto mesmo. A Conferência Estadual de Saúde deveria ter sido realizada, o CES deveria ter sido renovado e nada foi feito devido a esse embate entre SES e o CES. O CES também não tinha estrutura (....) A política estava voltada não para os interesses da saúde, mas para beneficiar certos grupos e até certos municípios com uma visão muito mais eleitoral do que com uma visão de saúde pública. (Entrevista 8)

Os desentendimentos ficaram ainda mais agudos quando a SES recusou-se a habilitar o município do Rio de Janeiro para a gestão plena, optando ainda por terceirizar a administração dos hospitais estaduais mediante contratação de firmas privadas que proveriam médicos e outros profissionais em substituição dos quadros existentes, pertencentes ao funcionalismo público.

Embora o CES tenha se pronunciado contra as terceirizações dos hospitais, a SES se mostrou inflexível. Frente a isso, o CES procurou

reverter essa política apresentando denúncias ao Ministério Público. Entretanto, como um membro coloca, *a liminar foi cassada e esse processo não foi julgado. O juiz deu um fim nesse processo.* O judiciário deveria funcionar como instância de recurso neste caso; no entanto, é *extremamente lento, e quando dá alguma posição, acaba o mandato do governo* (Entrevista 12). Essa morosidade sugere o comprometimento do poder Judiciário com o Executivo, situação essa que é condizente com as conclusões de Abrucio (1999) a respeito do controle do Executivo estadual sobre os demais poderes públicos.

Além das denúncias, o CES buscou alterar esse quadro aprovando várias resoluções que, porém, foram recusadas pela SES. (Atas CES, março e dezembro de 1998). Esse descaso se confirma quando, ao iniciar a reorganização do CES na gestão Garotinho, *foram encontradas pelo menos umas 15 resoluções aprovadas pelo CES que nunca foram implementadas, nem sequer publicadas, resoluções estas que nunca saíram da gaveta do gabinete do secretário estadual de saúde.* (Entrevista 9)

O quadro descrito coloca em relevo a força do secretário estadual de saúde, cuja atuação influencia, molda e direciona a conduta dos demais atores, mediante seus poderes de veto e o apoio do Judiciário e do Legislativo. Assim, mesmo que o CS se mobilizasse e elaborasse propostas políticas, o papel fundamental da SES na direção de suas ações é atender seus próprios interesses. Portanto, pode-se concluir que, além de esterilizar o controle social, a SES não produziu políticas resultantes de um jogo aberto, fruto de negociações, mas da imposição de sua própria autoridade.

O processo de habilitação induz os municípios a serem responsáveis pela política local. Isto coloca a importância do CMS – Conselho Municipal de Saúde – para a execução da política de forma pactuada com a sociedade civil, de modo a possibilitar um adequado funcionamento da SMS. Nas palavras de um membro do CMS-RJ, *não se pode falar em SUS sem CMS; é o órgão que, além de planejar a política de saúde local, tem a função de fiscalizar a execução financeira.* (Entrevista 2)

Embora se reconheça sua importância, a opinião de um representante do COSEMS é que a população tem que se apropriar melhor da política de saúde e de sua condução, *utilizando o espaço do CMS para que não venha outro secretário com outras prioridades e deixe de executar o que foi aprovado no CMS.* (Entrevista 3)

O CMS, portanto, deve ser utilizado como um órgão que elabora as políticas que o gestor deve implementar. A maioria dos gestores coloca sobretudo a necessidade de continuidade administrativa para solidificar programas e o CMS pode ter uma atuação importante nessa trajetória. Se a sociedade civil, através de seus representantes nos CMS, atua na formulação de políticas locais, então essas políticas traduzem aspirações populares e são produto de acordos entre vários atores, concretizam o programa do governo e vão além dele com a continuidade da gestão democrática. Mas, na realidade, a descontinuidade é um traço marcante porque cada vez que muda o secretário municipal de saúde, novas diretrizes são desenhadas em lugar de seguir as vigentes.

Foi ressaltada ainda a necessidade de um amadurecimento dos CMS e do CES, a fim de que possam encaminhar reivindicações construídas tecnicamente. Neste aspecto, é fundamental o fortalecimento de um CES informado, para garantir o controle social em todo o estado. Essa preocupação é concreta entre os membros do CES, como confirma um entrevistado,

Queremos, depois da Conferência Estadual de Saúde (1999), regionalizar o CES e fazer uma aproximação maior com os CMS e eliminar entraves para o exercício do controle social no nível local, visto que existe uma interferência muito grande do poder público.
(Entrevista 12)

Além desse problema e deficiências na legislação dos conselhos, existem resistências do gestor em se submeter ao CS e atritos nas relações com as prefeituras. Como afirma outro entrevistado,

Alguns CMS são controlados pelo poder executivo local. Por um lado, há um despreparo para o exercício de controle social mantido pelo poder local; por outro lado, o poder executivo local mantém hegemonia sobre o comando desses conselhos e não deixa que efetivamente representem a sociedade civil. (Entrevista 4)

Todavia, no município do RJ nota-se um amadurecimento por parte dos atores devido à possibilidade de capacitação, de informação e de atualização. Em decorrência, teria havido “uma visão mais ampliada do controle social”, o que não ocorre no interior do estado. Nos demais CMS irregularidades são claramente identificadas, como por exemplo sua composição, onde se vê *gestores e profissionais ocupando vagas de usuários, entidades que não são da área da saúde como membros do CMS e não paridade da representação.* (Entrevista 12)

Frente a isso, o CES tem o papel fundamental na capacitação dos conselheiros, investindo na discussão e reflexão da política pública e dando suporte aos CMS para que possam formular e avaliar a política local como preconiza a legislação, habilitando-os, enfim, para o controle social. No entanto, tão somente a partir da gestão Garotinho manifestam-se mudanças no sentido do CES-RJ vir a desempenhar esse papel.

b) Financiamento

A maior preocupação para os atores envolvidos na implementação do SUS é a questão do financiamento, como confirmam as atas da CIB. Essa preocupação é justificada na medida em que é cada vez maior a demanda por recursos frente ao estancamento dos investimentos e aos cortes orçamentários. Na verdade, os gestores buscam definir como dividir o pouco dinheiro disponível, questão essa que presidiu todo o percurso de implantação do SUS e perdura até hoje no Rio de Janeiro e em outros estados.

O teto do estado é calculado a partir dos dados populacionais do IBGE, que estão defasados. Isto se traduz em recursos financeiros cujo volume está aquém da demanda. Para contornar essa situação foi elaborada uma metodologia que relaciona o *per capita* com a complexidade do sistema de saúde de cada município, a fim de equilibrar as disparidades entre os mesmos.¹⁸

Além do estado ou município sofrer cortes orçamentários impostos pelo MS, se a produção ficar abaixo do teto pode haver perda de recursos. A respeito disso, um gestor esclarece que a perda de dinheiro por falta de demonstração de gastos aconteceu em seu município porque não se conseguia informar tudo o que produzia, ou se produzia desfocado ou procedimentos que não eram remunerados, além de problemas no sistema de informação. Com a informatização dos municípios, esta deficiência foi reduzida. No entanto, foi ressaltado que em alguns municípios o problema é a demonstração de produção além do teto.

Outro gestor afirma que o desafio não é produzir abaixo do teto para evitar o risco de ter serviços não pagos, mas definir quem deve ser o financiador da produção extra. O MS alega que não deve ser o único financiador do sistema, devendo os estados e municípios contribuírem com parte de seus orçamentos. Em estados como São Paulo, o governo acresceu recursos aos da União, o que não acontece no RJ, onde a SES, como já citado, não investe nos municípios. Portanto, frente a isso é importante definir o comprometimento de cada uma das três esferas governamentais a fim de que não haja descompassos ou omissões.

O Projeto de Emenda Constitucional PEC-169 estabelecia um orçamento fixo para a saúde de 30% da Seguridade Social e 10% de cada uma das três esferas de governo, mas esta proposta ainda tramita no Congresso, de modo que não há um mecanismo que obrigue o município ou o estado a investir uma parcela de seu orçamento em saúde. Por conta disso, a definição dos valores é estabelecida oportunisticamente de acordo com as orientações dos atores envolvidos, a diretriz política do

¹⁸ O *per capita* não pode ser aplicado como único critério porque, por exemplo, se destinaria dinheiro para hemodiálise para onde não tem o serviço. No entanto, a complexidade também não pode ser único critério, porque do contrário, municípios pobres não receberiam nada, agravando as desigualdades existentes.

gestor, a possibilidade dos grupos de influenciar no processo decisório e outros fatores.

Alguns atores denunciam que o entrave referente aos recursos é a improdutividade sendo, por isso, importante acompanhar o desempenho do sistema. No caso do Rio de Janeiro, há uma particularidade. Como já mencionado, este é um município complexo, que atende cerca de 11 milhões de habitantes (sua população e da Baixada Fluminense). Sua capacidade instalada permite a realização de 4 consultas por habitantes ao ano, mas só alcança 2,4 consultas, o que indica baixa produtividade. Frente a esses dados, alguns gestores afirmam que *o problema não é a quantidade, mas a improdutividade, além de haver um grande volume de internações desnecessário; luta-se por mais recursos, mas o que se tem já seria suficiente e não é usado direito, sugerindo uma falsa impressão de carência de leitos.* (Entrevista 10)

Por outro lado, alguns gestores opinam que o SUS é um modelo inviável:

O SUS é extremamente ambicioso, ele se propõe a dar de graça saúde para todo mundo mas não consegue atender a todos, (...) não é universal, é um ideal (...) deveria haver um critério para priorizar os mais necessitados. (Entrevista 11)

Outros gestores argumentam que é preciso um investimento não só em saúde, mas deve haver um equilíbrio em todos os aspectos que dizem respeito à vida do cidadão, que necessita de educação, emprego, moradia, entre outros. Além disso, alega-se que *muitos municípios estão gastando excessivamente em saúde, podendo gastar menos*; o aumento exagerado de recursos para saúde compromete outras políticas; no entanto, outros municípios estão aquém, não investem em política de saúde e contam somente com os recursos da União. (Entrevista 7)

Frente à diversificação de prioridades entre os municípios, a CIB tem procurado discutir a necessidade de empregar recursos municipais no SUS, a fim de estabelecer um sistema o mais equânime possível. Também existe preocupação em priorizar uma política de promoção de

saúde porque *se gasta mais em saúde curativa do que na prevenção* e ainda reiteram que no governo Alencar, tanto o estado como vários municípios investiram mais em áreas curativas e serviços de emergência, não havendo preocupação com a promoção da saúde. (Entrevista 1)

No entanto, a dificuldade para gerenciar um sistema tão complexo com insuficiência de recursos financeiros é fato reconhecido por quase todos os gestores, que fazem uma avaliação crítica sobre essa precariedade, tendo em vista a expansão da demanda sem investimentos significativos na oferta. Isso pode ser comprovado pela defasagem dos valores pagos pela tabela de referência nacional, que não são compatíveis com os preços do mercado. Este é um problema vivido por muitos municípios que não têm capacidade instalada própria e buscam complementar a oferta no setor privado, mas este se recusa por causas dos valores tão ínfimos do SUS. O seguinte depoimento reflete essa preocupação: *O “bolo” continua o mesmo, mas as necessidades estão aumentando, sendo portanto fundamental uma readequação das tabelas SIH/SUS e SAI/SUS.* (Entrevista 3)

O gasto em saúde no governo Alencar oscilou entre 2% e 3,5% do orçamento estadual (tal como no governo Brizola). Esse percentual foi insuficiente para a implementação de uma política estadual como era demandado. Além disso, a SES *competia pesadamente com os municípios, principalmente na gestão de Rosângela Bello, que atuava com uma postura agressiva.* (Entrevista 8)

No governo Garotinho, a SES afirma que vai destinar maior volume de recursos para a saúde. Para 1999 o estado tem um orçamento de 79 milhões de reais sendo que 4,5 milhões (5,7%) destinam-se à SES. Esse valor, apesar de ser percentual maior que antes, foi pactuado na gestão Alencar e é criticado por estar *baseado numa lógica de despreocupação com a coisa pública.* Como destaca um representante da SES, o teto estabelecido não pode ser alterado facilmente, fazendo-se necessário que a SES busque recursos de outras fontes, tendo em vista que nenhum município vai tirar de seu orçamento para que o estado tenha um teto maior, já que *ninguém quer perder aquilo que conquistou* (Entrevista 9). Em contrapartida, um membro da CIB destaca que a SES

tem alocado mais recursos na saúde do que o seu teto, considerando o custo de 2 milhões de reais por mês de cada um dos sete hospitais de emergência do estado, totalizando 14 milhões de reais. O financiamento destinado para a saúde é pouco, *mas o governo Garotinho investe com orçamento de outras áreas e em quatro meses investiu mais do que foi orçado para o ano inteiro.* (Entrevista 9)

Sobre essa questão, é de fundamental importância tornar pública a forma de utilização dos recursos do SUS, independente de sua precariedade, sendo imprescindível que a SMS preste contas ao CMS e a SES o faça ao CES para difundir a informação não somente a respeito do orçamento da política em seu aspecto quantitativo global, mas, sobretudo, sua distribuição e destinação. A proposta que vem sendo discutida a esse respeito é que os municípios sejam monitorados segundo resultados de indicadores de saúde e de produção como mortalidade infantil, pré-natal, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, índice de vacinação, resolutividade das internações etc., a fim de que fiquem claros os resultados alcançados e também possibilitem o estabelecimento de propostas de atuação.

Em resumo, caminha-se para a implementação de um sistema nacional de acompanhamento, auditoria e avaliação destinado a estabelecer uma cultura gerencial assentada em parâmetros de racionalização de gastos para melhorar a deficiente relação custo/benefício atual em matéria de financiamento.

c) Habilitação

As atas da CIB mostram que a discussão sobre habilitação esteve presente em quase todas as reuniões no período analisado. Em janeiro de 1998, nenhum município estava habilitado pela NOB 96; em março, 19,80% dos municípios foram habilitados, em julho, 67%, em dezembro, 81,30% e em abril de 1999, 100% dos municípios do RJ estavam habilitados em alguma gestão, sendo 20 na gestão plena do sistema municipal e 71 na plena da atenção básica. (DATASUS / MS, 1999)

Como já mencionado, o estado ainda não foi habilitado em nenhuma gestão. O papel do estado na política de saúde não foi muito discutido na CIB; em contrapartida, esta avançou na discussão sobre a aplicação das normas nacionais no nível local.

Um dos principais temas que se destacaram pela dificuldade de obtenção de consenso foi o caso da habilitação do município do RJ. A respeito desse ponto, houve tentativas de se colocar o problema em votação; no entanto, a maioria concordava que as divergências deveriam ser discutidas e resolvidas pelo consenso e que o critério de votação não seria o mais adequado para resolução de impasses. (Ata CIB, fevereiro de 1998)

Apesar da vasta e complexa rede do município, a SES concordava apenas com a habilitação na gestão Plena da Atenção Básica, mas não na Plena do Sistema como foi solicitado pelo município. Também discordou da gerência municipal sobre a rede hospitalar e unidades estaduais (Ata CIB, junho de 1998). Com a gestão plena, as unidades estaduais passariam para o município, mas a SES não queria perder esse controle e a conseqüente autonomia. Em particular, não queria abrir mão do gerenciamento do teto financeiro do município do Rio de Janeiro, equivalente a R\$ 31 milhões, ou seja, 43% do teto estadual.

A habilitação da maioria dos municípios foi rápida já que não alterava significativamente a situação do estado, mesmo porque, não contribuía financeiramente. Mas no caso do município do RJ, a SES inevitavelmente perderia recursos com a habilitação, e isso era inaceitável. Frente a esse fato, as relações entre a SES e a SMS da capital ficaram muito tensas. Para a habilitação pela NOB-96, além da exigência de alteração no teto do município, sempre eram colocadas pendências como não adequação do processo à Programação Pactuada e Integrada (Ata CIB, fevereiro de 1998). A SES propôs uma alteração no teto do município exigindo uma reserva mensal de R\$ 7 milhões que seriam geridos pelo Fundo Estadual, sendo utilizada para pagamento dos serviços prestados pelas cinco unidades estaduais localizadas no município do RJ. (Ata da CIB, fevereiro de 1998)

Na realidade, a proposta do estado era investir na terceirização dos hospitais, fato de grande importância política que envolveu considerável número de atores. De acordo com um membro da CIB,

O estado queria retirar do teto do município do RJ a quantia de R\$ 7 milhões para colocar no processo de privatização dos hospitais e o município certamente não aceitou e nem nós (CIB), porque iria tirar recurso das mãos do gestor e colocá-los na iniciativa privada. (Entrevista 9)

Essa postura gerou intensos antagonismos entre a SES e as instâncias que se colocavam a favor da habilitação do município do RJ como CIB, COSEMS, SMS-RJ e CES. Como disse um entrevistado, ficou estabelecido um *grave conflito, reuniões intermináveis com discussões calorosas, quase com agressão física, porque agressão verbal aconteceu aos montes. (Entrevista 8)*

A SES procurava boicotar a discussão, colocando o assunto na pauta por último, ou alegando ser desnecessário discutir o tema no plenário já que seria tratado pela câmara técnica, ou seja, a SES tinha uma estratégia de postergação do assunto. (Ata CIB, maio de 1998)

O COSEMS manteve-se em todos os momentos a favor da habilitação na gestão Plena do Sistema Municipal, inclusive encaminhando uma proposta para a CIT com o intuito de ajudar no processo. No entanto, a CIT, enquanto instância de conciliação, esperava que o estado e o município se entendessem, respeitava o poder de decisão da CIB e preferia não interferir na questão, mas apenas acompanhá-la. (Ata CIB, julho de 1998)

Como o CES estava esvaziado, “não funcionava” e a SES se mantinha distante, o processo foi se estendendo até o fim da gestão Alencar. A habilitação do município do RJ na gestão Plena do Sistema foi favorecida pelos acordos políticos entre o governo Alencar e o prefeito do RJ, que incluíram a privatização da CEDAE – Cia Estadual de Água e Esgotos. Junto com isso, a SES utilizou seus recursos de poder para impedir a habilitação do RJ até o momento das eleições estaduais, quando

foi derrotado o candidato de Marcello Alencar, também do PSDB. Na verdade, a SES recorreu a diversas estratégias para obstruir o curso da habilitação do município por razões derivadas do confronto político com o prefeito Conde, do PFL.

Interessante neste aspecto é o fato do próprio estado não se encontrar em nenhuma gestão. Alguns atores atribuem esta situação à incompetência da SES para organizar o CES e elaborar um plano estadual de saúde que pudesse ser aprovado tanto na CIB como no CES e assim cumprir a exigência do MS. O que a experiência do RJ demonstrou foi a postura do governo Alencar voltada para o mercado, aliando uma orientação alavancada pela necessidade de não se perder os recursos financeiros que seriam transferidos ao município do RJ com a habilitação.

8. Influência político-partidária

A influência dos partidos políticos ocorre em qualquer setor em que o Estado esteja presente e também na saúde. Como já tem sido abordado, a atuação do governo estadual tem sido decisiva para a definição das ações no setor saúde. Como afirma um representante da SES, a forma como era conduzida a política estadual de saúde *refletia claramente um favorecimento partidário e isso era muito ruim*, sendo agravado pela impossibilidade de debates com outros atores que tinham uma posição diferenciada (Entrevista 4). Um representante do COSEMS denuncia ainda o apadrinhamento ou favorecimento de determinados gestores municipais que compartilhavam a mesma postura política do governo. *O município que fazia pacto com o governador tinha mais chance de conseguir recursos, benefícios...* (Entrevista 8)

Raros são os atores que não reconhecem a influência partidária. E entre aqueles a negá-la argumenta-se que na saúde os secretários têm bom relacionamento entre si, independente de filiação partidária e que, apesar da posição diferenciada de cada partido na condução da gestão, em se tratando de saúde, *todas as SMS desejam, acima de tudo, a qualidade no atendimento da saúde em seu município, e isso dilui a influência partidária.* (Entrevista 11)

Um membro do COSEMS reafirma esta postura acrescentando:

Independente da bandeira política de cada prefeito, de um modo geral, os secretários municipais têm sempre grande afinidade entre si e na defesa dos interesses das políticas públicas na área da saúde, como se fosse um partido sanitário... tanto que o COSEMS consegue trabalhar suprapartidariamente esta questão. (Entrevista 5)

A afirmação deste gestor contradiz a realidade, na medida em que observamos claramente a influência dos partidos, seja beneficiando ou obstaculizando a política de saúde. Presume-se que se o partido tiver compromisso com a área social, a política vai ser orientada por essa lógica. No entanto, se sua orientação partir de um princípio de mercado, sua atuação vai se afastando do compromisso social para se aproximar de uma postura de favorecimento dos interesses particulares ou privados.

Exemplificando essa assertiva, um gestor denuncia que

O governo Alencar, partindo de uma proposta neoliberal, não tinha como prioridade uma política de promoção da saúde, e uma de suas estratégias para modernizar o setor era investir na terceirização da gestão e dos profissionais dos serviços públicos de saúde, igualando-os a uma mercadoria, o que resultou no caos atual. (Entrevista 9)

Na realidade, raramente o secretário municipal vai atuar independente da filiação partidária ou da bandeira política do prefeito, pois, caso contrário, corre o risco de ser demitido. Como denuncia um membro da CIB *infelizmente existe o desejo do próprio prefeito e até emendas parlamentares diferentes das normas técnicas. (Entrevista 4)*

Como já citado, o COSEMS, tem por objetivo representar os secretários municipais visando a integração técnico-administrativa dos municípios, além de indicar os titulares e suplentes da CIB. No curso da descentralização das ações e da municipalização, o papel do COSEMS é

valorizado. Como um ator destaca, *onde o COSEMS esteve mais organizado, mais politizado e articulado, o processo de habilitação foi mais ágil* (Entrevista 6). Não obstante, alguns atores colocam que não há clareza de seu papel, já que se mistura ao de secretário municipal.

Sendo uma entidade de representação de todos os secretários, *o COSEMS possui uma atuação suprapartidária, centrada na busca da saúde da população* (COSEMS, 1999:9). Esse papel é explicitado em estatuto próprio, que lhe dá função de fortalecer a capacidade administrativa, técnica, econômica e financeira dos municípios, a fim de consolidar a política de saúde tal como preconiza o SUS, e independente da filiação partidária do gestor. Mas o secretário de saúde está, na prática, subordinado ao prefeito, já que é um cargo de confiança; conseqüentemente, deverá moldar sua linha à política partidária vigente se quiser permanecer no cargo.

As diretrizes do SUS estão definidas e tanto os gestores como as instâncias colegiadas devem trabalhar com o objetivo de implementá-las. No entanto, as decisões envolvidas dependeram das orientações partidárias dos atores envolvidos e dos recursos de poder que a secretaria (municipal ou estadual) utiliza para referendar ou vetar uma linha de ação. Um gestor comenta que, *se os secretários forem empreendedores ou militantes de um partido que tenha a política pública como centro, as decisões serão aprovadas para favorecer a consolidação do SUS* e ainda ressalta que *uma coalizão que tem a política de saúde como prioridade, incentiva o secretário a investir na saúde pública*; ou seja, é pouco provável que um secretário trabalhe saúde como uma prioridade independente da orientação partidária do prefeito. (Entrevista 7)

Outro elemento importante nos rumos das políticas de saúde, a ser ressaltado com Lima (1999:130), é a influência de períodos eleitorais. Nestes há uma agilização das discussões da CIB, demonstrando a influência do sistema político, como mostrou a habilitação do município do RJ, cuja discussão foi estendida até o fim da gestão Alencar mas foi superada pela vitória da oposição.

Atualmente, *os membros da SES buscam colocar a questão político-partidária de lado*, embora reconheçam que ela está subjacente a

qualquer governo (Entrevista 4). Por isso, se trabalha na tentativa de enfrentar coletivamente os problemas de saúde apesar das diferenças político-partidárias na concepção da saúde pública.

Na gestão Alencar, havia conflito de interesses entre os que aprovavam a política estatal e os que estavam voltados para o mercado. Segundo alguns relatos, a SES no governo Alencar *quis construir o SUS à sua moda*, trabalhando com a lógica da desativação do setor público, comprando serviços em larga escala do setor privado e privatizando bens públicos, ou seja, caminhou numa direção oposta ao SUS.

A SES, na gestão Garotinho, se posiciona como comprometida com a política pública, como afirma um de seus representantes. No início da gestão, o governo investiu em desmontar a terceirização dando aos profissionais públicos uma gratificação de desempenho para igualar seus salários aos cooperativados, além de encerrar a gerência privada dos serviços. Com isso, o governo demonstrou a vontade política de defender o SUS.

No que se refere às relações entre a SES e a SMS do RJ, percebe-se a mudança no sentido da cooperação. Segundo um membro do CMS-RJ *existe o compromisso de estabelecer um diálogo contínuo entre essas secretarias*, apesar da clareza de ambas as partes de que as idéias podem não ser idênticas quanto à condução da política e à leitura sobre determinada situação. (Entrevista 2)

A respeito desse otimismo frente à gestão Garotinho, cabe ressaltar que os atores denunciam duramente a gestão passada e valorizam bastante o momento atual. Dada a mudança na correlação de forças políticas que colocou uma coligação de esquerda no poder comprometida com a questão social, além de valorizar a gestão democrática, é de se esperar que a SES conceda maior importância ao CES investindo em sua reestruturação, dotando-o de um quadro técnico não tão reduzido (apenas 2 profissionais) e também participando das reuniões. No entanto, somente o tempo demonstrará avanços concretos nessa direção.

Devido ao favorecimento das forças políticas a saúde pública e as políticas sociais em geral, a atuação dos secretários estadual e municipais também será influenciada por esta orientação.

Quanto à influência político-partidária, para que esta se comprometa com a consolidação do SUS seria necessário o fortalecimento do CMS. Isso porque, independente da filiação partidária ou da postura do secretário frente a esse colegiado, é obrigatório o funcionamento do CMS. Assim, o controle social, exercido através dos usuários e dos profissionais que no conselho têm assento, pode ser uma poderosa alavanca apartidária para fortalecer a própria posição política de consolidação do SUS, como já acontece em muitos municípios do país.

9. Relação entre MS, CIT, CIB e SES

A portaria nº 91/98, do MS, aponta para a importância de o MS acompanhar as CIB de todo o Brasil, sendo a SAS e a Assessoria Técnica da CIT responsáveis por esta atividade. A relação entre a CIB e a CIT se estabelece mais claramente quando determinados pleitos são submetidos à CIT de forma obrigatória, como por exemplo a aprovação da gestão Plena do Sistema Municipal, previamente aprovado na CIB, além de outras deliberações do âmbito estadual.

Quanto ao MS, este acompanhou de perto as CIB no início de sua instalação, sendo que, segundo um representante do COSEMS, atualmente acompanha como ouvinte e não como um agente ativo, ficando distanciado das questões locais, o que torna imprescindível a fidedignidade dos documentos e relatórios encaminhados. Alguns gestores ressaltam porém que *os pareceres técnicos retratam muito pouco o cotidiano da gestão estadual e municipal*. Justamente para objetivar esse acompanhamento foram criadas as CIB.

Quanto à CIT, no início da implantação da NOB/93 essa instância acompanhava mais os estados porque essa norma era complexa e a adequação foi lenta. A CIB acompanhava os estados de maneira provisória, não regulamentada. O MS demandava da CIT esse

acompanhamento e avaliação mas não havia mecanismos adequados para tanto. Em caso de algum impasse nas habilitações ou desacordos entre os secretários, a CIT criava uma comissão para ir até o estado na tentativa de viabilizar a instituição desta nova estrutura.

Posteriormente, a CIB foi amadurecendo e procurando atuar na arbitragem de oposições entre os secretários com a finalidade de utilizar a CIT somente como instância de recurso. A própria CIT geralmente remete à CIB os atritos para que eles sejam resolvidos no âmbito do próprio estado.

Isso se confirma no caso da habilitação do Rio de Janeiro, em que havia uma predisposição da SES em não habilitar o município, embora este houvesse cumprido todos os requisitos e o COSEMS fosse a favor. Como já mencionado, a CIB utilizou a instância de recurso que é a CIT, mas esta devolveu o problema à CIB para novas discussões que perduraram até o final da gestão Alencar.

Os conflitos existentes entre essas instâncias vão ser aprofundados ou atenuados de acordo com a conjuntura, ao longo da elaboração da agenda e segundo a forma como são encaminhadas as decisões.

Como já dito, em 1999 foi feito um corte de recursos do RJ que retirou R\$ 2,4 milhões. Para a CIB, esse corte foi estabelecido pelo MS contra sua posição e também à revelia da CIT, quebrando o pacto estabelecido entre as instâncias, ou seja, apesar da CIB e a CIT protestarem contra essa decisão, o poder do MS falou mais alto.

A reunião da CIT do mês de julho de 1999 foi suspensa devido a um conflito entre o CONASS, CONASEMS e o MS. Anteriormente tinha sido decidida a aplicação de recursos em atendimento de média e alta complexidade no Norte e no Nordeste do país, com objetivo de reduzir as desigualdades regionais. Esse encaminhamento não foi observado quando o MS elaborou as respectivas portarias que deram lugar ao rompimento do diálogo da CIT com o MS.¹⁹

¹⁹ Ver exemplares do jornal *Controle Social* do CNS, do segundo semestre de 1999.

Nessa mesma linha, outro confronto surgido na reunião de agosto de 1999 derivou de desentendimentos entre os participantes sobre a questão do controle que o MS está exercendo.

A questão colocada é a seguinte: quem financia controla. O MS é o maior financiador, mas o CONASS e o CONASEMS não aceitam um controle acima de um determinado patamar. Essa questão vai ser discutida nas CIB. O estado acha que o MS está controlando demais; em contrapartida, o MS argumenta que coloca dinheiro demais. É claro que quanto mais investir, mais controle terá o financiador (...) é realmente uma disputa política. (Entrevista 7)

Alguns atores destacam a necessidade de melhor definição das atribuições da SES e do MS, a fim de que se possa fortalecer a instância estadual e redimensionar as prerrogativas do MS para diminuir o nível de confronto inter-institucional. Assim, propõe-se que o MS trabalhe junto com a CIT para alcançar maior equilíbrio na alocação de recursos entre os estados.

Na prática, há uma luta a partir de interesses ou de entendimentos diferentes sobre determinada situação nas relações intergovernamentais, apesar de serem estabelecidas por uma legislação que as legitimam e lhes dão os parâmetros a serem seguidos. No entanto, a nova estrutura do SUS e seus colegiados ampliaram os espaços de discussão e negociação democrática, antes praticamente inexistentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde faz parte de inter-relações com fatores que transcendem o universo da atenção à saúde, posto que seus resultados dependem também de determinantes sociais, econômicos e políticos. Assim como qualquer outro processo decisório, a política de saúde é fruto de um complexo jogo de negociações e confrontações entre a burocracia estatal, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesse e associações da sociedade civil.

Logo, no setor saúde, como nos outros espaços do processo de decisão política, os grupos se organizam e negociam seus interesses. As instâncias colegiadas do SUS, especificamente os Conselhos de Saúde e as Comissões Intergestores Bipartites, constituem arenas de embates constantes entre escolhas políticas e técnicas, assumindo elevado grau de importância na formulação e implementação da política de saúde atual.

No nível estadual, o *policy-making* do setor saúde é um processo no qual o CES e a CIB, a partir de suas atribuições específicas, negociam e decidem os rumos da política setorial, a partir de diretrizes previamente aprovadas pelo MS, e trabalham com o objetivo de implementar o Sistema Único de Saúde. Trata-se, portanto, de decisões intermediárias que envolvem relações intergovernamentais entre a União e os entes subnacionais, buscando a cooperação para o sucesso da descentralização na saúde.

Como se sabe, a implementação de políticas é decorrente do processo de formulação, ou seja, refere-se à execução de uma política já elaborada. Em todo *policy-making* ocorrem alterações a partir da ação dos interesses setoriais, tanto na fase da formulação quanto na implementação. Embora a agenda da saúde contemple diretrizes políticas já emitidas, no plano estadual e mesmo municipal há ampla margem para inovações e redimensionamentos. Os atores que fazem parte das arenas colegiadas do SUS aproveitam-se disso para perseguir, além da efetivação das leis, seus interesses particulares, influenciando os rumos da implementação.

Assim, tanto na formulação quanto na execução das diretrizes do MS surgem variados conflitos de interesses. Justamente para atenuar essas divergências foram institucionalizadas as instâncias colegiadas do SUS, inaugurando-se um novo estilo de operacionalizar a política. Não há uma eliminação do conflito, mas criaram-se condições para regulá-lo de forma mais equilibrada e participativa mediante a integração de ampla gama de atores aos processos decisórios.

Nesta pesquisa, estudamos o caso do CES e da CIB do Rio de Janeiro, no período de 1998 e 1999, para entendermos o processo decisório no setor saúde estadual. Definimos o CES como uma arena representativa de caráter híbrido na medida em que é reconhecida pelo Estado, possui *status* público e incorpora diversas representações da sociedade e do mundo do trabalho, consideradas necessárias para o controle democrático do espaço público. Não se trata, portanto, de um arranjo corporativo fechado, nem de um espaço pluralista onde todos podem participar sem restrições. De fato, é preciso que os representantes pertençam a uma organização legalmente reconhecida para que possam participar como membros ativos, após eleição das associações nas Conferências de Saúde.

A CIB, por sua parte, possui uma representação corporativa dos secretários municipais de saúde, se caracterizando como um grupo institucional-tecnocrático que tem por objetivo viabilizar e agilizar o processo normativo do SUS.

É certo que, se por um lado os conselhos e as comissões são um espaço intermediário cuja criação buscou abrir os fechados círculos tecnocráticos de decisão no autoritarismo, por outro congregam cúpulas que formam uma elite, cuja tendência à oligarquização deve ser continuamente combatida mediante a renovação periódica dos membros e a vigilância das conferências de saúde. De toda forma, as arenas colegiadas do SUS representam uma parcela importante dos interesses dos cidadãos, incentivam a capacidade de mobilização e organização dos atores e contribuem para a democratização do *policy-making* setorial.

Na pesquisa pudemos observar que a CIB-RJ, enquanto espaço de negociação e pactuação entre os gestores do SUS, teve papel

fundamental na agilização do processo de descentralização, além de buscar eliminar a possibilidade de clientelismo e privilegiamento de alguns municípios em detrimento de outros. Inversamente, apesar da criação anterior à CIB, o CES-RJ não teve respaldo da SES, posto que não foi reconhecido enquanto fórum central para a discussão da política de saúde estadual.

Vimos que o desempenho das instâncias está condicionado pela autoridade da SES e, no caso do RJ, a experiência de gestão estadual autocrática se contrapôs às propostas do SUS. Apesar de ter sua função estabelecida pela legislação, a SES deixou a desejar no que diz respeito à intermediação e harmonização das relações municipais e à busca de estratégias visando a redução das desigualdades regionais e a consolidação de uma política estadual. Ao contrário, a SES utilizou seu poder de veto, contando inclusive com apoio do Judiciário e do Legislativo, quando as resoluções do CES e da CIB a contrariavam, provocando relações conflituosas inter e intra-institucionais. Logo, a SES não produziu políticas resultantes de um jogo aberto fruto de negociações, mas da imposição de sua própria autoridade.

Tal como explica a abordagem institucionalista quanto aos resultados das políticas públicas a partir das regras do jogo de poder e seus efeitos na conduta dos atores, a SES foi responsável pela alteração dessas regras. Isto influenciou a capacidade de intervenção do CES e da CIB, posto que limitou as escolhas dos atores ao ponto de definir a forma muito particular da política de saúde configurada no estado.

No plano mais geral, observamos claramente a influência político-partidária, positiva ou negativa, na política de saúde. A gestão Alencar foi desenhada a partir de uma orientação voltada para o mercado, concretizada em investimentos para privatizações e terceirizações. A atuação do secretário de saúde (estadual ou municipal) refletiu a bandeira política do Executivo no sentido divergente, com o governador apoiando a privatização e o prefeito do RJ lutando pela municipalização dos serviços públicos.

Essa influência da SES foi possibilitada pelo enfraquecimento do CES. De fato, essa influência negativa teria sido bloqueada por um CES

forte, cuja independência dos partidos políticos é garantida pela pluralidade da representação. Esse evento mostra com clareza que o controle social pode ser uma poderosa alavanca apartidária para consolidar o SUS.

No entanto, apesar de bloqueios, confrontos e graves embates entre a SES, CIB e CES e entre a SES e SMS, é inegável o avanço da política de saúde no Rio de Janeiro, no sentido de possibilitar que, de um lado, diversos grupos da sociedade civil organizada participem da formulação e fiscalização da política, e, de outro, os gestores compartilhem as decisões que dizem respeito à operacionalização do SUS.

A forma como é conduzida a política, a possibilidade de decisão efetiva das arenas e a influência dos atores envolvidos são resultantes da correlação de forças e, principalmente, da mobilização dos atores sociais em cada conjuntura. No RJ, apesar de todos os problemas, o CES e a CIB incentivaram a mobilização e organização dos atores e contribuíram para a democratização do *policy-making* setorial.

Ressaltamos que o momento atual (fins de 1999) é promissor na medida em que o governo estadual, liderado por Garotinho com apoio de uma coligação de esquerda, propõe o fortalecimento do CES e da CIB e relações democráticas entre essas instâncias e a SES. Embora se reconheça que a questão político-partidária seja consubstancial a qualquer governo, percebe-se uma nova estratégia de atuação, baseada num trabalho conjunto de enfrentamento e solução dos problemas do setor e da população. Certamente, esse fato propicia a consolidação do SUS e uma política de saúde mais equânime em termos da distribuição espacial e social da assistência à saúde entre regiões e grupos populacionais do estado do Rio de Janeiro.

Em decorrência da nova conjuntura política de compromisso do governo estadual com a questão social e com a gestão democrática, é de se esperar que a SES conceda maior importância política às instâncias colegiadas do SUS, em particular ao CES. No entanto, somente o tempo demonstrará avanços concretos nessa direção.

Encerrando, ressaltamos que o processo decisório e as arenas por nós estudadas não deram conta de todas as questões teóricas colocadas pelas abordagens sobre formulação de políticas públicas. Além

disso, a nossa pesquisa mostrou claramente que o *policy-making* setorial no RJ continua concentrado na alta cúpula tecnocrática dirigente da SES.

De fato, houve avanços democratizantes, mas ainda são insuficientes para permitir, por uma parte, revelar toda a complexidade do *policy-making* e, por outro, propiciar a plena democratização do processo decisório.

BIBLIOGRAFIA

- ABRUCIO, F.L. (1998). Os Barões da Federação – os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec.
- ANDRADE, Regis de Castro (1998). “Processos Decisórios na Câmara dos Vereadores e na Assembléia Legislativa de São Paulo”. In: ANDRADE, Regis de Castro (org.) Processo de governo no município e no estado. Uma análise a partir de São Paulo. São Paulo: EDUSP / FAPESP.
- BEZERRA, Marcos O. (1999). Em nome das ‘bases’: política, favor e dependência pessoal. Rio de Janeiro: RELUME/DUMARÁ.
- BRASIL, 1998. Constituição Federal de 1988, Brasília, Senado Federal.
- BRASIL, 1990. LEI 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 20/09/90. Brasília: Imprensa Nacional.
- BRASIL, 1990, Lei 8.142, de 29 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Diário Oficial da União, 30/12/90. Brasília: Imprensa Nacional.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica / SUS nº 01/91. Diário Oficial da União, Brasília, 10 jan 1991.
- ----- Portaria nº 454, de 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica / SUS nº 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de maio de 1993.
- ----- (1993). Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde.
- ----- Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica / SUS nº 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, 02 de setembro de 1996.

- CONASEMS (1993). “O SUS, a constituição e a lei: a posição do CONASS”. Saúde em Debate; (40): 9-12.
- CANTARINO, Gilson (1998). Jornal do CONASEMS set/out/98.
- COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (1997). Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ nº 13 de 09/set/97. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. RJ, 10/set/97, pág.16.
- COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (1997). Manual do Gestor do SUS. Rio de Janeiro.
- COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (1999). Manual do Gestor do SUS. Rio de Janeiro.
- CORDEIRO, Hésio (1991). Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda.
- COSTA, Nilson do P. (1996). “Inovação política, distributivismo e crise na política de saúde nos anos 80 e 90”. DADOS, 39 (3):479-511.
- COUTO, Cláudio Gonçalves (1998). “Negociação, decisão e governo: padrões interativos na relação executivo-legislativo e o caso paulistano”. In: ANDRADE, Regis de Castro (org.) Processo de governo no município e no estado. Uma análise a partir de São Paulo. São Paulo: EDUSP/FAPEESP.
- DINIZ, Eli e BOSCHI, Renato (1989) “O corporativismo na construção do espaço público”. In: BOSCHI R. Corporativismo e Desigualdade. Rio de Janeiro, IUPERJ - Rio Fundo (p.11-29)
- IMMERGUT, Ellen M (1996). “As regras do jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia”. Revista Brasileira de Ciências Sociais, (30):139-165.
- KITSCHOLT, H (1986). “Four Theories of Public Policy-making and Fast Breeder Reactor Development”. International Organization 40(1):65-104.
- KNOKE, David *et alli*. (1996). “Comparing Policy Networks. Labor Politics in the US, Germany and Japan” Cambridge University Press.
- LABRA, M. E (1997). “Notas sobre análise de políticas públicas, modos de *policy making* e intermediação de interesses”. Mimeo, ENSP/FIOCRUZ.

- ----- (1998). “Relações político-institucionais no setor saúde no Estado do Rio de Janeiro”. I Relatório Parcial de Pesquisa. ENSP/FIOCRUZ.
- LIMA, Luciana Dias de (1999). O processo de implementação de novas estruturas gestoras do SUS: Um estudo das relações intersetoriais na CIB do RJ. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado apresentada ao IMS/UERJ.
- LIMONGI, Fernando (1994). “O novo institucionalismo e os estudos legislativos. A literatura norte-americana recente”. BIB (37): 3-38, 1^o semestre.
- LINDBLOM, Charles E. (1985). O processo de decisão política. Brasília: Ed. Universidade de Brasília.
- MACHADO, Heleny O. (1999). Controle social e agenda política do SUS no município de Cabo de Santo Agostinho – PE. Recife, Dissertação de Mestrado apresentado ao CPqAM /Fiocruz.
- MÉNY, Yves. (1996). Politique Comparée. Les démocraties Allemagne, États-Unis, France, Grande-Bretagne; Italie. Paris, Monchrestien. (5^e édition)
- MINAYO, M. (org) (1994). Pesquisa social, teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes.
- OFFE, Claus. (1991). Trabalho e Sociedade: Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, vol.2.
- OLSON, Mancur (1965). The Logic of Collective Action. Cambridge: Harvard University Press.
- OSZALAK, Oscar e O'DONNELL, Guillermo (1976). Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación. Buenos Aires: CLACSO.
- PARADA, Roberto (1997). Sistema Estadual de Saúde. Descentralização e Relações Intersetoriais: Um estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado apresentada ao IMS/UERJ.

- PEREIRA FILHO, Carlos Eduardo F. (1994). A política como caixa de pandora: Organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira. Recife, Dissertação de Mestrado apresentada à UFPE.
- PINHEIRO R., *et alli*. (1995). “Democratização e Controle Social na Saúde: Análise do CES/RJ”. Estudos em Saúde Coletiva n° 109, IMS/UERJ.
- PINHEIRO, Roseni (1995). Dinâmica dos Conselhos Municipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- SANCHES, O. (1995). “Processo orçamentário federal, problemas, causas e indicativos de solução”. Revista de Administração Pública 29(3):122-56.
- SAS/MS – Secretaria de Assistência à Saúde / Ministério da Saúde (1995). Relatório anual. Brasília.
- SAS/MS – Secretaria de Assistência à Saúde / Ministério da Saúde (1996). Relatório anual. Brasília.
- SAS/MS – Secretaria de Assistência à Saúde / Ministério da Saúde (1997). Relatório anual. Brasília.
- SAS/MS – Secretaria de Assistência à Saúde / Ministério da Saúde (1999) Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde. Brasília.
- TROVIÑOS, A.N.S (1990). “Alguns temas no desenvolvimento de uma pesquisa”. In: Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas.
- STRALEN, Cornelis J.V. (1996) The struggle over a National Health Care System. The “movimento sanitário” and health policy-making in Brazil: 1960-1990. Utrecht: Universiteit Utrecht Faculteit Sociale Wetenschappen.
- VIANA, Ana Luiza D. (1995). “Abordagens metodológicas em políticas públicas”. Rio de Janeiro, Revista de Administração Pública , 24(4):5-43.
- ----- (1996) “Enfoques metodológicos em políticas públicas: Novos referenciais para os estudos sobre as políticas sociais”. Revista de Administração Pública, (2):205-215.

Anexo 1:

PRINCIPAIS ASSUNTOS DISCUTIDOS NAS REUNIÕES DO CES-RJ NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1998 A JULHO DE 1999.

Fonte: ATAS DO CES- RJ 1998-99

ASSUNTO \ PERÍODO	1998														1999							
	JAN	FEV	MAR	MAR	ABR	MAI	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	
Mortalidade infantil e neo-natal / ação judicial		×																				
Mortalidade idosos		×																				
Integração do CES c/ CECA, c/ Cons. Idoso e intercâmbio entre CD e CMS		×					×															
Infra-estrutura do CES / dificuldade de funcionamento e de exercício do controle social	×	×	×			×	×	×		×							×		×			
CES contra a criação do CE do Sangue		×																				
VI Encontro em Brasília dos CES e dos CMS		×		×	×	×	×		×													
Preocupação com as atas	×							×														
III Conferência Estadual de Saúde	×		×	×	×	×			×	×	×							×	×	×	×	
Capacitação dos conselheiros	×		×		×		×												×			×
Seminário Pol. de Medicamentos	×																					
CES exige repasse de informações pela SES / Orçamento participativo / Solicitação de prestação de contas do FES pela SES			×		×		×										×					
Política de Saúde do RJ/ Conjuntura nacional			×														×					
Plano de Combate à dengue			×	×															×			

<i>Denúncias / mal uso das verbas</i>			×		×				×	×										×		
Importância de apreciação do CES das decisões e pactuações da CIB / Participação do CES nas discussões da CIB			×																		×	

(continua)

PERÍODO ASSUNTO	1998														1999							
	JAN	FEV	MAR	MAR	ABR	MAI	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	
Habilitação do estado à gestão / NOB 96			×				×															
Fiscalização sobre serviços, despesas e materiais							×															
Levantamento de contas (gestão atual)																			×			×
Retirada do caráter filantrópico dos planos de saúde							×															
Aumento do recurso p/ saúde nos 3 níveis de governo / PEC 169							×		×										×			
Habilitação do município do RJ			×				×															
REFORSUS			×				×															
Assiduidade dos conselheiros do CES									×													×
<i>Ação do CES ao Min. Público</i>									×	×												
Conferência Est. de Saúde Mental										×												
Novo SES Dr Gilson Catarino																		×				
Importância e incentivo ao CES																		×				
Elogio à nova gestão por parte do CES																		×				×
VII Plenária de Saúde em Brasília																			×	×		
CES contra política neo-liberal																				×		
Dificuldade de implantação do SUS																				×		

Freqüência dos assuntos nas reuniões do CES

Total: 16 reuniões realizadas entre janeiro de 1998 e julho de 1999

ASSUNTO	Nº reuniões	%
III Conferência Estadual Saúde	12	75,00%
Infra-estruta do CES	9	56,25%
Encontro de Brasília	6	37,50 %
Capacitação de Conselheiros	6	37,50 %
Terceirização	6	37,50 %

Freqüência dos assuntos nas reuniões do CIB

Total: 24 reuniões realizadas entre janeiro de 1998 e julho de 1999

ASSUNTO	Nº reuniões	%
Teto Financeiro	14	58,40 %
Habilitação dos municípios	13	54,17 %
Plano Combate Carências Nutricionais	11	45,84 %
Tabela Informação Ambulatorial e Hospitalar	10	41,70 %
REFORSUS	9	37,50 %
Medicamentos	8	33,40 %
PPI	7	29,17%
PAB	7	29,17%
Referência	7	29,17%
Habilitação RJ	7	29,17%

Anexo 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Cargo:

- 01- Papel do CES-RJ na política de saúde (função e resultados)
- 02- Papel da CIB-RJ na política de saúde (função e resultados)
- 03- Papel da SES (coordenação, poder de veto, homologação das decisões, recursos de poder)
- 04- Negociações nas instâncias (conflito, acordos, barganha)
- 05- Relação entre as instâncias CES - CIB - SES
- 06- Habilitação dos municípios
- 07- Financiamento (distribuição, negociação)
- 08- Elaboração de pauta e registro de atas
- 09- Controle Social
- 10- Importância do CS
- 11- Relação institucional CIB - CIT – MS
- 12- Papel do COSEMS
- 13- Influência político-partidária

Anexo 4:

ATORES ENTREVISTADOS SEGUINDO ROTEIRO E COM GRAVAÇÃO

- **Analice Silva Martins** – Secretária Municipal de Saúde de Volta Redonda
- **Felipe Cardoso** – Coordenador da Subchefia Técnica Especial/ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
- **Gaspar Neves** – Membro e Coordenador Técnico do Conselho Municipal de Saúde do RJ
- **José Mendes Ribeiro** – Ex-representante do MS e do COSEMS na CIB-RJ
- **Luiz Antônio da Silva Neves** - Secretário Municipal de Saúde de Piraí; Ex-Presidente do COSEMS
- **Neusa Maria Nogueira Moysés** – Chefe de Gabinete da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (governo Garotinho)
- **Patrícia T. R. Lucchese** – Ex- Coordenadora Geral de Desenvolvimento e Avaliação de Serviços de Saúde do Departamento de Assistência e Promoção à Saúde / MS
- **Suely Batista de Almeida** - Secretária Municipal de Saúde de Barra Mansa
- **Salvador Alves de Oliveira** – Representante da CUT no Conselho Estadual de Saúde- RJ
- **Valter Luiz Lavinias Ribeiro** – Secretário Municipal de Saúde de Areal; Presidente do COSEMS
- **Pedro Monteiro** - Secretário Municipal de Saúde de Nova Iguaçu
- **Valmi Peçanha Pacheco** – Suplente do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na CIB

ATORES ENTREVISTADOS SEM UTILIZAÇÃO DE ROTEIRO E GRAVAÇÃO

- **Ana Paula Souza Alves** – Secretária Executiva da CIB - RJ
- **Daniel Coelho do Nascimento** – Membro do Conselho Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, representante dos usuários no Conselho Estadual de Saúde do RJ
- **Jacqueline Luppó dos Santos** - Secretária do Conselho Estadual de Saúde do RJ
- **Maria do E. Santo Tavares dos Santos** – Suplente do Secretário Estadual de Saúde, representante dos gestores no CES-RJ

- **Vera Regina Gonçalves de Andrade** – Suplente, representante dos profissionais no CES-RJ

Anexo 5: COMPOSIÇÃO DO CES-RJ

REPRESENTANTES DOS GESTORES

- Secretaria Estadual de Saúde - SES
- Universidade Federal Fluminense - UFF
- Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS
- Secretaria de Estado de Defesa Civil – SEDEC/ Corpo de Bombeiros Militar do RJ
- Conselho Estadual dos Direitos da Mulher – CEDIM
- Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante – ABCDT
- Federação das Misericórdias do RJ

REPRESENTANTES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Sindicato dos Trabalhadores da Região dos Lagos
- Sindicato dos Enfermeiros do RJ - SERJ
- Sindicato dos Trabalhadores no Combate às Endemias no RJ – SINTCERJ
- Sindicato dos Médicos do RJ – SINMED
- Conselho Regional de Psicologia - CRP
- Conselho Regional de Farmácia do RJ- CRF
- Conselho Regional de Nutrição do RJ - CRN

REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS

- Federação das Associações de Moradores do RJ – FAMERJ (2 vagas)
- Federação das Associações de Favelas do RJ – FAFERJ (2 vagas)
- Movimento Não Governamental de Defesa do Interesse da Mulher de Âmbito Estadual
- Conselho Municipal de Saúde de Nova Iguaçu
- Conselho Municipal de Saúde de Niterói
- Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
- Federação dos Trabalhadores na Agricultura – FETAG
- Central Geral dos Trabalhadores - CGT

- Central Única dos Trabalhadores – CUT
- Federação das Associações dos Aposentados e Pensionistas do RJ – FAAPERJ
- Representantes de Entidades de Portadores de Deficiências (2 vagas)