

A Construção do Sistema Estadual de Saúde: Antecedentes e Formas de Inserção

ROBERTO PARADA¹

RESUMO

A construção de Sistema Único de Saúde em país federativo constitui desafio, na medida em que as instâncias governamentais, constitucionalmente autônomas, têm que estabelecer relações pactuadas com intuito de manter o exercício do poder em seus limites territoriais, bem como compartilhar desse mesmo poder, em momentos, ações e políticas gerais e setoriais. Assim, construir sistema, onde estão presentes graus variados de hierarquia, implica compatibilizar atribuições específicas, próprias da abrangência de cada esfera de governo.

Com base nessa premissa, este artigo analisou a formação do Sistema Estadual de Saúde no estado do Rio de Janeiro, sob a ótica da descentralização e das relações intergovernamentais. Para isso, estabeleceu, como marco inicial, a nova formação federativa estadual, ocorrida em 1975, na fusão do ex-estado da Guanabara (município do Rio de Janeiro) com o estado do Rio de Janeiro.

Em todo percurso histórico da formação desse sistema, observou-se que não há indícios de que a fusão tenha ocorrido na área da saúde. O município do Rio de Janeiro atua autonomamente, auto-referido, sem dependência do estado e estabelece relações diretamente com o governo federal. Observou-se, ainda, que todos os momentos de transformação da saúde tiveram íntima relação com as transformações federativas no país. Cada momento tem uma marca: Pré-AIS, os governos atuam de forma independente; nas AIS, a instância federal é hegemônica - federalismo centralizado; no SUDS, o estado assume o comando - retorno à política dos governadores e, no SUS, há o caos federativo e os municípios organizam-se autonomamente - indefinição do papel dos estados e o governo federal reduz seu papel nas políticas sociais.

A consonância entre o ritmo de transformação de federalismo centralizado para cooperativo que vem ocorrendo no plano geral e setorial produz complexidades diversas, dependendo do estado, da organização social e da história, razão pela qual o estado do Rio de Janeiro retrata com propriedade as nuances sócio-político-culturais presentes nas mudanças em curso, cujo rumo ainda é incerto.

Palavras-chave: Sistema de Saúde, SUS, descentralização.

1. A Organização dos Serviços de Saúde no Período Pré-fusão (anterior a 1975)

Desde 1960, quando da transferência da capital federal do Rio de Janeiro para Brasília, ocorreram embates entre forças favoráveis e desfavoráveis ao retorno do Distrito Federal para os limites territoriais² do Estado do Rio de Janeiro.

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

É importante ressaltar que os argumentos técnicos tiveram a seu favor o momento político. A fusão criaria ambiente favorável para conter as forças de oposição ao regime, hegemônicas no Estado da Guanabara (Município do Rio de Janeiro), abrindo caminho para as forças políticas ligadas à situação e, naquele período, dominantes no velho Estado do Rio de Janeiro.

A exposição de motivos que precedeu o encaminhamento da lei complementar nº 20 apresentou os seguintes argumentos para a fusão: “Consolidar um pólo de desenvolvimento poderoso no Rio de Janeiro, a ser obtido pela integração política e econômica dos dois estados. Viabilizar a região metropolitana pela eliminação da barreira político-institucional que separa o núcleo da região metropolitana, a cidade do Rio de Janeiro, dos demais municípios que a integram, todos eles situados no estado do Rio. Possibilitar maior equilíbrio federativo pela criação de um estado, política e economicamente, forte que dividirá com São Paulo a liderança no quadro nacional” (BRASILEIRO, 1979).

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

Esse fato marca nova etapa nas relações intergovernamentais, com conseqüências que ainda hoje estão presentes, pela junção de dois estados distintos, de origens distintas. O Estado da Guanabara, coincidindo com o Município do Rio de Janeiro, ex-Distrito Federal, e, portanto, ex-capital nacional desde a época do Império, caracterizava-se por ter economia forte, importante parque industrial, bem como setor de serviços expressivo para época. Do ponto de vista da dinâmica política, era um estado cuja população experimentou vários movimentos históricos, o que propiciou alto grau de consciência, diferenciado da grande maioria dos estados brasileiros. O Estado da Guanabara era considerado a capital da cultura nacional, sendo palco dos grandes acontecimentos e eventos culturais, que marcaram a nossa história. Foi, também, celeiro das transformações dos costumes e porta de entrada para o intercâmbio internacional. Essa afirmação também pode ser estendida para o campo das ciências e dos esportes.

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

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

O Estado do Rio de Janeiro, por outro lado, não tinha expressão política nacional, embora tivesse grande colégio eleitoral, dada a concentração populacional localizada na Baixada Fluminense³, onde se concentram as cidades-dormitório dos trabalhadores que exerciam suas atividades no então Estado da Guanabara, constituindo-se no que é hoje, junto com o município da capital, na região metropolitana do Rio de Janeiro. Naquele momento, a expressão dessa população em votos era representada pela Aliança Renovadora Nacional (ARENA), partido da situação.

Esse estado possuía economia com predominância agropecuária e pouca expressão no que se refere ao parque industrial, com exceção da Companhia Siderúrgica Nacional, em Volta Redonda; Complexo Petroquímico da Refinaria de Duque de Caxias e Fábrica Nacional de Motores, também em Duque de Caxias. Os municípios, em sua grande maioria pobres, eram bastante dependentes do estado e do Governo Federal. No campo da cultura, a proximidade com a capital federal, reduzia a produção para o

consumo doméstico, muito próprio da época, quando os meios de comunicação eram bastante precários, portanto, com baixa potencialidade para ultrapassar fronteiras.

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

1.1. A Saúde como Política Pública no “Velho” Estado do Rio de Janeiro

1.1.1 Capacidade instalada existente e modelo assistencial adotado

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

A assistência aos pacientes com doenças agudas ou crônicas fora do espectro da infectologia não era da responsabilidade da SES. Portanto, não possuía ambulatórios e/ou hospitais gerais. A rede hospitalar era assim composta: os hospitais de fisiologia eram o Ferreira Machado, em Campos, Azevedo Lima e Ary Parreira, em Niterói; o de hanseníase, Tavares Macedo, em Itaboraí; os psiquiátricos Vargem Alegre, em Barra do Pirai, Jurujuba, em Niterói, e Carmo, no município de Carmo. O hospital Getúlio Vargas Filho era o único hospital pediátrico da SES. O atendimento voltado para a assistência curativa era realizado nos municípios através dos PAMs, da rede contratada e conveniada ao INPS e pelas entidades filantrópicas e Santas Casas de Misericórdia.

O corpo dirigente da SES caracterizava-se pela visão sepiiana⁴, com técnicos de formação mais voltada para Saúde Pública, oriundos em sua grande maioria da Escola Nacional de Saúde Pública e da Fundação Rockefeller. Portanto, sem a preocupação em dar respostas para a demanda

de assistência médica curativa individual e que, na conceituação de MENDES (1996), enquadrava-se no paradigma central verticalista derivado do modelo sanitário do sanitarismo campanhista.

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

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

Como as ações de prestação de serviços de saúde das instâncias de governo não seguiam qualquer tipo de organização, hierarquização e/ou subordinação, inclusive intra-governo (o Ministério Saúde possuía um modelo de atenção e a Previdência outro), o estado não se responsabilizava pelas ações curativas, ambulatoriais, de emergência e de internação.

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

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

Com a preocupação em disseminar as ações de saúde pelo interior do estado com alguma organicidade, de forma descentralizada e regionalizada, a SES dividiu o estado em cinco regiões, criando estrutura organizacional sob a forma de coordenadorias de saúde. Os critérios utilizados para a regionalização obedeceram predominantemente à acessibilidade. Essas coordenadorias tinham a atribuição de administrar os programas e exercer as funções de vigilância epidemiológica e sanitária em seus limites territoriais. Estavam localizadas estrategicamente nos municípios considerados pólos: na região norte, em Campos; nas baixadas litorâneas, em Macaé; na região serrana, em Friburgo; região industrial do médio Paraíba, em Vassouras e na

região metropolitana e litoral sul, a coordenação era na própria sede da SES, no Município do Rio de Janeiro.

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

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

1.1.3. A rede de saúde dos municípios

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

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

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

O que marcava a diferença desses municípios era o equipamento hospitalar. Nilópolis possuía um hospital geral com o pronto-socorro da cidade. No município de Duque de Caxias funcionava o Hospital Geral Duque de Caxias, com pronto-socorro para os adultos e o Hospital Infantil Ismélia Silveira, com um serviço de socorro infantil para as emergências clínicas.

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

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

A SES estava localizada nesse município e, naturalmente, assumia a responsabilidade pela saúde de seus munícipes. O único movimento concreto realizado pela prefeitura foi a construção do Hospital Geral Antônio Pedro. Contudo que, por dificuldades financeiras, teve curta duração. Essa unidade só foi reaberta, fortuitamente, em 1961, por ocasião do incêndio do circo⁵ e em 1966 passa a ser administrada pela Universidade Federal Fluminense.

1.1.4. A rede federal

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

No campo da assistência médico-curativa (consultas ambulatoriais, internações e urgência/emergências), o estado não tinha comportamento diferente da grande maioria dos estados do país. As consultas ambulatoriais eram realizadas pelos PAMs e, em alguns municípios, através dos convênios com sindicatos e a rede privada, principalmente nas especialidades médicas que não faziam parte do corpo clínico das unidades próprias do INAMPS. A hospitalização seguia a modalidade dos contratos com a rede privada e filantrópica. O Hospital Orêncio de Freitas, em Niterói, era o único próprio da previdência. As emergências da população munícipe eram assumidas pelas filantrópicas ou Santas Casas de Misericórdia.

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

1.2. A Saúde como Política Pública no Estado da Guanabara

1.2.1. Capacidade instalada existente e modelo assistencial adotado

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

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

A rede hospitalar era constituída de nove grandes hospitais gerais e dez especializados (quatro institutos e seis hospitais): Miguel Couto, na zona sul; Souza Aguiar, no centro da cidade; Salgado Filho, no Méier; Getúlio Vargas, na Penha; Paulino Werneck, na Ilha do Governador; Carlos Chagas, em Marechal Hermes; Olivério Kramer (hoje Alberto Schweitzer), em Realengo; Rocha Faria, em Campo Grande; e Pedro II, em Santa Cruz. Todas estas unidades hospitalares possuíam serviços de emergência, sendo até hoje tratados popularmente como hospitais de emergência. Os hospitais Rocha Maia, em Botafogo; Instituto de Internação Arthur Villaboin, na Ilha de Paquetá e Lourenço Jorge, na Barra da Tijuca, eram hospitais gerais de menor porte, também com atendimento para pequenas emergências clínicas. Os especializados eram: Instituto de Cardiologia, Instituto de Diabetes e Endocrinologia, Instituto de Hematologia, Instituto de Infectologia São Sebastião - na época era chamado de Hospital Estadual São Sebastião -, Hospital Anchieta e Barata Ribeiro - ambos de ortopedia -, Santa Maria - tisiologia -, Curupaiti - hanseníase -, Hospital Nossa Senhora do Loreto, e Salles Neto e Jesus - ambos de pediatria).

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

O modelo assistencial do estado não se enquadrava no paradigma horizontal concentrado apresentado por MENDES (1996), representado por modelo médico-assistencial privatista, tampouco podia ser rotulado como modelo sanitarista⁶, apresentando perfil bastante diferenciado do Estado do Rio de Janeiro.

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

As vigilâncias sanitária e epidemiológica eram desenvolvidas pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Guanabara, como atribuição de seu nível central. As unidades ambulatoriais responsabilizavam-se apenas pelas notificações. A vigilância dos portos e aeroportos do estado estava sob a responsabilidade do Governo Federal.

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

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

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

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

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

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

1.2.3. A rede federal

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

Da direção central do Ministério da Saúde, foi mantido um escritório de representação, responsável pela coordenação das unidades e dos programas desenvolvidos no Estado da Guanabara, através de seus centros de saúde, seis hospitais especializados (Hospital Pinnel, Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Jurandir Manfredini (Colônia Juliano Moreira), Hospital Rafael Paula de Sousa (Curicica), Hospital Fernandes Figueira e Evandro Chagas) e pelos serviços de vigilância dos portos e aeroportos⁷.

O INPS no Estado da Guanabara possuía capacidade instalada herdada dos ex-IAPs. Entre postos de assistência médica e hospitais destinados a atender a clientela do mercado de trabalho formal, havia 28 unidades assistenciais. Os hospitais gerais eram: Hospital de Ipanema, da Lagoa, Andaraí e Bonsucesso. Em 1974, o hospital de fisiologia Cardoso Fontes (que pertenceu ao Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários) transforma-se em hospital geral. Três hospitais eram especializados: ortopedia (Hospital de Traumatologia-Ortopedia-HTO), cardiologia (Hospital de Cardiologia

de Laranjeiras) e oncologia (Hospital de Oncologia). Havia três maternidades (Praça XV, Alexandre Fleming e Carmela Dutra) e 18 Postos de Assistência Médica (Bangu, Cocotá, Coelho Neto, Campo Grande, Deodoro, Henrique Valadares, Ilha, Jacarepaguá, Madureira, Matoso, Mauá, Méier, Penha, Ramos, São Francisco Xavier, Vila Isabel, Venezuela e 13 de Maio).

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

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

A presença da Direção Geral do INPS no Rio de Janeiro, como já foi dito, representava forte potencial político. Como era a única instituição financiadora da assistência médica, praticamente comandava os destinos desta. Fato que terá reflexo em outro momento da história da saúde no estado. As grandes decisões eram resolvidas na Direção Geral. Diretores dos hospitais, representantes dos prestadores e outros, reduziam a Superintendência Regional do Rio de Janeiro a mero órgão burocrático, sem poder de resolução dos grandes temas dos dois estados.

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

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

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

“A Baixada Fluminense foi a grande beneficiada pela fusão. Antes era terra de ninguém, não existia. Era terra de Tenório Cavalcanti, em Duque de Caxias e Getúlio de Moura, em Nova Iguaçu. Era uma população que vivia em torno do Rio (município) e que o Estado do Rio não assumia”. (J.C. NORONHA)

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

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

Entretanto, a repartição dos equipamentos de saúde dos dois estados para dar formato às novas secretarias foi marcada pela disputa de poder entre os grupos remanescentes dos ex-estados. O Estado da Guanabara, que herdou todo o acervo físico, tecnológico e pessoal do Distrito Federal, tinha nessa ocasião maior força que o antigo estado do Rio⁸.

As duas secretarias resultantes da fusão, tanto a municipal do Rio de Janeiro quanto a nova secretaria do Estado do Rio de Janeiro (a secretaria da fusão), ficaram expostas à disputa de poder. Na ausência de uma racionalidade técnica de recursos, predominou a distribuição casuística das unidades. O grupo de trabalho na pré-fusão não se dedicou ao aprofundamento do perfil ideal do que deveriam ser as novas redes estadual e municipal⁹. Essa constatação demonstra a extensão e a magnitude dos conflitos que cercaram o período inicial do novo estado.

Contudo, alguma racionalidade ocorreu na distribuição desses equipamentos. Unidades consideradas referência estadual foram repassadas para o novo Estado do Rio de Janeiro. Nesse perfil foram enquadrados, aqueles hospitais gerais que o grupo de trabalho da fusão entendeu como unidades que prestavam atendimento à demanda populacional da região metropolitana e alguns hospitais especializados. As unidades cujo perfil de clientela era dominado por munícipes permaneceram na nova Secretaria Municipal

de Saúde. Os hospitais gerais Getúlio Vargas, Carlos Chagas, Olivério Kramer (hoje Alberto Schweitzer), Rocha Faria e Pedro II foram estadualizados porque assumiam o perfil metropolitano. Os demais - Sousa Aguiar, Salgado Filho, Miguel Couto, Paulino Werneck, Lourenço Jorge e o Instituto de Internação Arthur Villaboin - foram para a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. O mesmo critério foi adotado com relação aos hospitais especializados. O Hospital Jesus, Barata Ribeiro, Salles Netto, Nossa Senhora do Loreto e as maternidades se mantiveram na nova Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Os Institutos e os demais hospitais especializados foram considerados referência estadual, razão pela qual foram transferidos para o estado¹⁰

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

2.1. O Município do Rio de Janeiro: a Secretaria Municipal de Saúde e seus Serviços

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

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

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

Nessa nova realidade, as unidades estadualizadas foram a novidade. Para a população foi uma mudança de difícil compreensão, entretanto para a organização dos serviços, assim como, para o modelo assistencial, significou a criação de mais uma instância de poder atuando de forma isolada, desarticulada e sem referência dentro do município.

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

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

2.2. O Estado do Rio de Janeiro: a Secretaria de Estado de Saúde e os seus Serviços

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

A nova secretaria acaba criando o Departamento de Organização e Administração dos Serviços de Saúde, a fim de administrar as novas unidades e, portanto, se adequar ao novo modelo assistencial, uma vez que não tinha vocação e histórico na assistência curativa. O departamento criado fica sob subordinação direta do Subsecretário de Saúde.

O custeio das novas unidades absorvido pela secretaria incide significativamente no montante do gasto público em saúde no estado. Embora, no primeiro momento, haja aporte de recursos do Governo Federal para o estado enfrentar o desafio da fusão, não ocorreu o correspondente desembolso por parte do orçamento fiscal do estado. Em 1977, o percentual da proposta orçamentária destinada à saúde enviado à Assembléia Legislativa foi de 3%, contribuindo, assim, na queda de qualidade dos serviços prestados pelas unidades transferidas ao estado.

A capacidade instalada do Ministério da Saúde e do INPS do Estado da Guanabara permaneceu a mesma no Município do Rio de Janeiro.

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

2.3. Desdobramentos do Novo Desenho Federativo para Área da Saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Na situação anterior, o governador administrava um estado convivendo com municípios sem disparidades políticas, econômicas e culturais. Agora, o governador do estado tem que dar respostas no limite de sua responsabilidade para um contingente populacional com outra característica, ou seja, tem

que concentrar o olhar nas ações que representem fatos políticos relevantes para o município.

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

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

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

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

3. O Período Pós-fusão: das Experiências Municipais às AIS (1975/1983)

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

Esse momento que antecede as AIS no estado, retratou singularidade para o Estado do Rio, conferindo-lhe especificidade e peculiaridade, desde

a conformação da organização dos serviços, nas relações intergovernamentais, até no financiamento e nas políticas de saúde adotados.

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

No Estado do Rio de Janeiro, iniciaram-se vários movimentos isolados que vieram contribuir, mais tarde, para o formato da trajetória da descentralização e da municipalização¹¹.

A discussão sobre a municipalização, interrompida durante muitos anos, desde a 3ª Conferência Nacional de Saúde, retornou com a eleição em 1978 de nova safra de prefeitos com propostas de municipalização na área da saúde. Nesse ano, foi realizada em Niterói a primeira reunião entre algumas dessas prefeituras para discutir a saúde nos municípios e o seu papel na formulação de políticas. Estavam presentes: o anfitrião (Niterói), São José dos Campos, Londrina e Campinas. O Município do Rio de Janeiro, importante pela complexidade de sua rede, pelo contingente populacional nele existente e por ser capital do estado, não participou desse encontro.

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

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

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

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

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

A Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro mantinha dinâmica própria na assistência, consolidada desde os tempos da capital federal, embora sem plano ou sistema articulado de saúde. Foi um dos poucos municípios a cumprir a Lei nº 6.229/75, do Sistema Nacional de Saúde, pelo fato de possuir unidades hospitalares com serviços de emergência desde quando era Estado da Guanabara.

No campo da assistência ambulatorial desenvolveu o programa de cuidados primários de saúde, com construção de postos de saúde chamados de Unidades Ambulatoriais de Cuidados Primários de Saúde (UACPS)¹².

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

3.1.3. A saúde nos demais municípios do estado: o Projeto Niterói

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

Contudo, foi nessa época, na antiga capital do estado, que ocorreu fato de destaque para a história da saúde no estado. Niterói iniciou a formação de sistema de saúde do município com repercussões que se refletiriam na próxima fase.

Durante a gestão de Wellington Moreira Franco na Prefeitura do Município de Niterói (1978-1982), foi criada a primeira Secretaria Municipal de Saúde, tendo como seu primeiro secretário Dr. Hugo Tomazini (1978-1982). Foi elaborado o primeiro projeto de saúde para o município, que constou da

construção de unidades próprias, planejadas, com programas bem definidos em relação à acessibilidade da demanda e com propostas de ações para essas unidades.

O município formalizou convênio com o INAMPS, lançando as bases das Ações Integradas de Saúde, num projeto conhecido como Projeto Niterói, em que as discussões e implementações de algumas ações foram iniciadas com algum sucesso, como o orçamento único, o planejamento das ações com vários grupos de trabalho, da referência à contra-referência. “Era a primeira experiência de ações integradas entre dois níveis de governo (federal e municipal), porque o estado era totalmente omissor”¹³.

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

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

3.2. A (não) Inserção do Estado do Rio de Janeiro nos Rumos da Política de Saúde

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

Nesse mesmo período, iniciou-se a crise da Previdência. Houve criação de vários planos e projetos visando à universalização, hierarquização e descentralização da saúde, tais como o PIASS e o Prevsauúde, que eram projetos onde havia co-participação entre Ministério da Saúde e a Previdência com estados e municípios na prestação dos serviços de saúde.

Em 1978, com a eleição de novos prefeitos municipalistas, que o debate sobre a descentralização e municipalização, abortado desde 1963, foi retomado.

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

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

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

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

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

4. O Período das AIS: a Instância Federal como Organizadora das Ações de Saúde (1984/1987)

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

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

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

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

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

Por fim, uma terceira questão resultou da intensa manifestação de técnicos e de políticos ligados à área da saúde, em todo o país, iniciando o

movimento da Reforma Sanitária na busca de soluções para o que alguns caracterizavam como o “descalabro da saúde”.

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

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

A experiência positiva do projeto Niterói levou a presidência do INAMPS a desenvolver as AIS no estado. Para isso, realizou mudança na direção da Superintendência Regional, nomeando Dr. Nildo Eimar de Almeida Aguiar como superintendente. Este destacou Dr.^a Maria Manuela dos Santos para chefia de gabinete, com atribuição de implantar o convênio das AIS nos municípios do estado e indicou para a secretaria executiva da CIS o Dr. Luiz Antonio Santini (ambos com a experiência no desenvolvimento do Projeto Niterói)¹⁴.

4.1. Análise da Implantação das AIS por Nível de G.Soverno

4.1.1. Estado do Rio de Janeiro

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

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

Essa gestão priorizou as atividades consideradas de saúde pública, com pouca ênfase no campo assistencial, significando retorno oficial à visão anterior ao fenômeno da fusão. Essa posição pode ser identificada, quando há mudança para o nome de Secretaria de Estado de Saúde e Higiene¹⁵.

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

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

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

Essa postura modificou-se somente com a mudança de governo. O novo governo que assume em 1986, nos momentos finais das AIS, ou seja, pré-SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde), possuía visão política pró-municipalização da saúde. O novo secretário¹⁶, assumiu a direção política da implementação das AIS; exerceu, de fato, a presidência da CIS e iniciou novo processo na política de saúde do estado, buscando a construção do Sistema Estadual de Saúde. O organograma da Secretaria foi adaptado à nova realidade, com a criação da Subsecretaria para Municipalização, cuja responsabilidade foi aprofundar e expandir a disseminação dos convênios AIS com repasse de unidades e responsabilidades formais para os municípios.

O Subsecretário ficou com a incumbência de cuidar da administração da capacidade instalada própria, ou seja, a responsabilidade da execução dos serviços assistenciais, cujo peso estava na estrutura hospitalar localizada no município do Rio, herdada da fusão. Nessa oportunidade a SES começou a assumir o Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB)¹⁷ como plano microrregional.

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

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

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

4.1.2. Município do Rio de Janeiro

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

A sua relação com o Governo Federal era formal, e se realizava de duas maneiras: a primeira era de formalidades com uma representação do Governo Federal ainda sediada no RJ, como era o caso da Direção Geral do INAMPS; a segunda numa relação de prestador através do convênio das emergências¹⁸.

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

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

A CIMS-RJ, preocupada em dinamizar as ações no interior do município, que possuía grande contingente populacional - na época, em torno de quatro milhões - e extensão territorial também de grande porte, divide o município em "Áreas de Planejamento"¹⁹.

A operacionalidade das Áreas de Planejamento foi desenvolvida com a ótica da descentralização. Segundo SANTINI (1997)²⁰, "era como se fosse o estado dentro do estado". Foram criadas cinco áreas de planejamento, e dessas, algumas foram subdivididas posteriormente²¹.

Para administrar as áreas de planejamento foram criadas duas instâncias de decisão. A primeira, de cunho institucional conhecida como CEAP - Comissão Executiva de Área de Planejamento. Essa instância foi composta

dos diretores das unidades das três instâncias de governo de cada área de planejamento e tinha como função executar as ações definidas politicamente em outra instância, o GEL - Grupo Executivo Local.

Os GEL foram criados na ótica da participação da comunidade, das organizações sindicais e da sociedade organizada (representantes de associação de moradores, sindicatos, prestadores locais e etc.). Eles se reuniam periodicamente e foram mais fortes onde as organizações estavam mais dinâmicas²².

4.1.3. Demais municípios

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

A partir desses convênios as representações municipais, estaduais e federais - estas representadas pelo INAMPS (poucos municípios possuíam unidades do Ministério da Saúde) - passaram a se reunir formalmente nas CIMS.

A Superintendência Regional estimulou a formação de Conselhos Comunitários de Saúde. Alguns conselhos foram bastante atuantes, com participação da comunidade organizada, das associações de moradores etc.; em outros a interferência direta dos prefeitos impossibilitou melhor atuação dos conselheiros.

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

No Município de Cabo Frio, a construção do hospital-pronto-socorro foi a grande conquista. A região necessitava de unidade pública de urgência, principalmente no verão, época de grande fluxo de turistas e de veranistas em férias. Os recursos da construção foram feitos com o adiantamento dos tetos orçamentários previstos nas AIS.

Na Baixada Fluminense, mais especificamente em Nova Iguaçu, iniciou-se experiência inédita para a época, na introdução de novas formas de expansão da rede de serviços. Na ocasião foi assinado convênio com a Caritas Diocesana do município, com participação das associações de moradores. Essa experiência foi aperfeiçoada com o Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB). Os municípios dessa região possuíam pouca

capacidade de investimento e maior complexidade de problemas. Eram extremamente dependentes do INAMPS com forte influência política de deputados federais e estaduais no domínio da máquina.

4.2. Hegemonia da Esfera Federal: de Formuladora a Articuladora das AIS

A decisão política do Governo Federal de desenvolver o programa de Ações Integradas de Saúde como parte do plano do CONASP encontrou na Superintendência Regional o *locus* privilegiado. A experiência do projeto Niterói e a incorporação de técnicos que direta e indiretamente participaram dele²³ produziram grande mudança no padrão de intervenção federal na saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Ao assumir a decisão política de implantar as AIS, a SRRJ colocou a chefia de gabinete como pólo de difusão. Nessa chefia foi montada equipe²⁴ dividida por regiões do estado, à semelhança das coordenadorias regionais de saúde da SES-RJ, procurando entender e tratar a saúde e assistência médica de forma regionalizada sem, no entanto, dada ausência do estado, montar Comissões Interinstitucionais Regionais de Saúde (CRIS).

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

Como a maioria dos municípios não possuía estrutura formal de saúde, a Superintendência Regional desenvolveu trabalho intensivo no sentido de estimulá-los e assessorá-los na construção das bases da formação de seus sistemas municipais de saúde²⁵.

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

Essas medidas tinham como finalidade deslanchar e levar a responsabilidade dos destinos da saúde dos municípios aos seus respectivos prefeitos.

Para isso a Superintendência Regional oferecia o convênio onde o repasse de recursos era realizado a partir da produção de serviços e nos valores das portarias 310 e, depois, 314, do MPAS/INAMPS/83.

Entre 1983 e 1985 foram assinados 58 convênios com municípios. As entidades filantrópicas mudaram de relacionamento com a Previdência e cerca de 22 hospitais, do tipo Santa Casa, aderiram ao convênio. Esses hospitais mereceram da direção da Superintendência Regional o mesmo tratamento dado às prefeituras, com vistas à ampliação, investimento e melhoria da qualidade prestada aos usuários.

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

No que se refere à rede de serviços próprios do INAMPS, ocorrem resistências à mudança, principalmente nos grandes hospitais do Município do Rio de Janeiro. Os diretores dessas unidades demonstraram receio de participar de ações conjuntas. A possibilidade, ainda que remota, de ser administrado pelo município, produziu resistências e era dificilmente entendida²⁶.

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

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

Esse olhar regional encontrou a Baixada Fluminense, campo de movimento das associações de moradores reivindicando melhores condições de saúde e assistência médica (GERSCHMAN, 1995). Nessa ocasião iniciaram-se as discussões políticas para um programa especial, ainda no âmbito do SOS Baixada, do governo estadual que, posteriormente, evoluiu para a confecção do Projeto Especial de Saúde da Baixada (PESB).

Essa política microrregional previa planejamento, administração e construção de unidades com o objetivo futuro de municipalizá-las e integrá-las aos sistemas municipais de saúde dos diversos municípios participantes do programa. Esse projeto teve seu início na Superintendência Regional e, posteriormente, foi conduzido em etapa mais consolidada pela Secretaria de Estado de Saúde.

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

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

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

Essa situação criou um complicador político para a implantação das AIS. A cultura dos diretores dos hospitais era a de se reportar à Direção Geral, ao passo que as direções dos PAMs do interior tinha ligação mais restrita com o Superintendente Regional.

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

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

Havia a intenção política de que, ao fortalecer a Divisão Local, esta passasse a cuidar das unidades próprias, contratadas e conveniadas do INAMPS no Município do Rio de Janeiro, bem como representasse a esfera federal de assistência da Previdência na CIMS do município. A expectativa era que a Superintendência Regional ficasse com a articulação técnica e política da Baixada Fluminense e do interior do estado. Contudo, não trabalhar com as unidades ambulatoriais e hospitalares próprias do Município do Rio de Janeiro e, muito menos, não ter a Divisão Local sob sua coordenação reduzia o peso político deste cargo, razão pela qual ocorreram vários conflitos²⁷.

O novo superintendente decidiu exercer seu poder e assumir a rede própria do município. Iniciou discussão de projetos de investimento, compra de equipamentos, humanização do atendimento, entre outros. Esses temas carream para a Superintendência Regional, diretores, chefes de serviço, grupos de funcionários, associações, corpo clínico dos hospitais, etc., adicionando tempero na disputa entre a Superintendência e a Divisão local.

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

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

4.3. Um Modelo Particular de Implantação das AIS

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

vista ao planejamento regional e estadual, de forma a introduzir o Município do Rio de Janeiro na mesa das decisões de política de saúde do estado, isto é, na CIS.

As relações político-institucionais entre o Município do Rio de Janeiro e o estado, mesmo em momentos em que prefeito e governador eram do mesmo partido, sempre foram muito difíceis²⁸. O município seguia linha de atuação própria, independente e sem subordinação ao estado. Tinha orçamento, modelo assistencial já estabelecido e toda a história institucional que o colocava sempre muito auto-referenciado.

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

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

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

Isso ocorreu por duas razões. A primeira dizia respeito ao nosso sistema federativo, representado, naquele momento, pelo federalismo centralizado. As relações federativas estavam abortadas, e não é sem fundamento que o Secretário de Estado da época veja com desconfiança as ações federais. A segunda revelava que o município do porte e complexidade do Rio de Janeiro não incorporou a fusão que transformou a relação que ocorria de estado/estado, por outra, subjetivamente de menor qualidade política, a de município-capital/estado.

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

Outra questão marcante e complexa foi a extrema dificuldade de conduzir o processo de transformação na Baixada Fluminense. Os municípios dessa região tiveram dificuldades políticas e culturais para entender as mudanças que se processavam. O Programa Especial de Saúde da Baixada foi confeccionado buscando minimizar essas dificuldades. Gestado na

Superintendência Regional e posteriormente assumido pelo estado, foi a primeira atitude concreta em tratar esses municípios de forma homogênea, inaugurando o planejamento regional.

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

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

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

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

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

O Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) representou avanço para a consolidação do movimento de reorganização do sistema de saúde no Brasil, cujo espírito foi traduzido na exposição de motivos do MPAS/MS em 1987:

“As Ações Integradas de Saúde devem passar a significar um movimento de reorganização setorial, no sentido da Reforma Sanitária, que permita caminhar gradativamente, para a superação da atual organização sanitária, centralizada e desordenada, em busca de novas formas de organização descentralizada, integrada e democratizada, com a gestão colegiada, que atinja todas as instituições, direta ou indiretamente relacionadas com o setor público, com todos os seus recursos e com todas as suas atividades, no sentido de darem respostas às necessidades da população, definidas na Política Nacional de Saúde, segundo critérios epidemiológicos-sociais (...). Em conseqüência, essa

reconcepção teórica e operativa das AIS deverá induzir com descentralização, o que conduzirá a recolocação de um novo entendimento da Federação, fundado na cooperação e na integração e não na competição, na dispersão e na compartimentação das responsabilidades. Pretende-se que as AIS expressem, nos seus conteúdos, essa visão de uma federação solidarista e de complementaridade” (MPAS/MS, 1987).

A eleição dos novos governadores, em 1986, momento histórico da redemocratização “lenta gradual e segura”, reforçou e consolidou as lideranças regionais, sendo considerada por alguns autores como o retorno da “política dos governadores”. Este fato propiciou o ambiente político favorável à consolidação do estado como a instância governamental responsável pela formulação e implementação das políticas regionais.

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

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

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

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

No Estado do Rio de Janeiro, o desenvolvimento das políticas de descentralização foi consolidado com a institucionalização do SUDS. O governo estadual desse período (1987/1990) procurou mudar o eixo da condução da política no sentido da retomada do estado como centro das transformações da política de saúde²⁹.

5.1. Análise da Implantação do SUDS por Nível de Governo

5.1.1. Estado do Rio de Janeiro

A Secretaria de Estado de Saúde, ainda na vigência das AIS, introduziu mudança em sua estrutura organizacional com intuito de se adequar às novas atribuições e ao seu novo papel na condução da política de saúde nos limites territoriais do estado³⁰.

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

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

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

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

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

No momento seguinte, em 1989, delegou para as Secretarias Municipais de Saúde, que tinham aderido ao SUDS, as funções de relacionamento com o setor privado e filantrópico³¹.

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

No âmbito estadual, permaneceram as unidades hospitalares gerais, especializadas e de referência, em sua grande maioria localizada no Município do Rio de Janeiro e aquelas unidades integradas pertencentes ao Plano Especial de Saúde da Baixada³².

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

Apesar dessa constatação, alguns ensaios coordenados foram feitos. No plano das ações pontuais, iniciou-se a conformação dos sistemas estaduais de controle de infecção hospitalar, saúde mental e emergências, dando os primeiros passos para o que hoje veio a configurar-se nas câmaras técnicas. Ainda no plano das ações pontuais, a que mais avançou, constituindo-se no que é hoje o Sistema Estadual, foi a política adotada para o sangue em todo estado.

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

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

O PESB³³ criou unidades de assistência ambulatorial e hospitalar de curta duração. Eram unidades mistas com emergência, ambulatório, laboratório de análises clínicas e radiologia que funcionavam 24h por dia, com adscrição de clientela e quadro técnico para dar assistência integral à população da Baixada Fluminense.

Esse programa deu o salto de qualidade na relação do setor público de saúde com seus usuários com criação dos Conselhos Gestores de cada unidade. Eram conselhos com caráter deliberativo constituído pelo diretor e administrador da unidade, coordenadores do ambulatório e da emergência, representantes dos funcionários e da comunidade³⁴.

Segundo Hésio Cordeiro e Eduardo Costa³⁵, tratava-se do embrião do Programa de Saúde da Família. O objetivo foi construir as unidades,

colocá-las em funcionamento e, após definição do modelo assistencial dos municípios da Baixada, municipalizar e integrar essas unidades às Secretarias Municipais de Saúde³⁶.

Não havia por parte das secretarias de saúde dos municípios da Baixada Fluminense a compreensão e muito menos adesão completa ao SUDS, conseqüentemente, não estavam preparadas para dar continuidade ao PESB³⁷.

Numa relação inovadora com o setor privado, o governo realizou convênios com a Shell e a Petrobrás para a construção e equipamento de unidades assistenciais na região metropolitana, em troca da concessão de instalação de postos de gasolina. As dez unidades do convênio foram distribuídas nos municípios de Nova Iguaçu (5), São João de Meriti (1), Duque de Caxias (2), Itaguaí (1) e Magé (1)³⁸.

Quanto aos recursos humanos foram confeccionados convênios de cooperação técnico-científica com diversas instituições: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), Legião Brasileira de Assistência (LBA) e o Instituto de Ação Cultural (IDAC), vinculado ao Conselho Estadual dos Direitos da Mulher. Esses convênios visavam à melhoria na formação e no aperfeiçoamento do quadro de pessoal.

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

Pela primeira vez, foi realizado o levantamento qualitativo da força de trabalho em saúde em toda rede sob gerência estadual, além do estímulo à montagem de núcleos de desenvolvimento de recursos humanos nos municípios.

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

Assim, foi criado o Programa de Reorganização e Descentralização do Sistema de Informações Gerenciais, Assistenciais e Epidemiológicas. Foram desenvolvidos os sistemas de programação e acompanhamento orçamentário-financeiro; gestão do Fundo Estadual de Saúde; banco de dados SAMHPS/AIH; informações e controle da assistência ambulatorial; assistência aos

renais crônicos; dados epidemiológicos e vigilância sanitária; levantamento qualitativo de pessoal de área de saúde; mortalidade; AIH-Próprios; avaliação de cobertura vacinal e serviços produzidos - públicos.

O estado assumiu o comando político das ações, a CIS passou a trabalhar de forma mais organizada, com planejamento e programação, iniciando alguma discussão de política regional, sem, no entanto, conseguir colocá-las em prática³⁹.

O MEC, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o COSEMS, a Federação das Misericórdias e a Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro passaram a membros da CIS e possibilitaram melhor representação política no estado, expressando com maior realidade todos os prestadores de assistência do estado⁴⁰.

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

Ainda no âmbito da política de descentralização, desburocratização e simplificação da SES, foram criados em conjunto com a Secretaria de Estado de Planejamento e Secretaria de Estado da Fazenda normas específicas de gestão para o nível local, o que veio a se chamar Rede-FES ou Fundo Rotativo de Unidades Assistenciais⁴¹.

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

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

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

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

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

Dentro dessa política, foram estadualizados os hospitais do INAMPS e transformados em Institutos: Instituto Estadual de Doenças do Coração “Nelson Botelho Reis” (Hospital de Cardiologia de Laranjeiras), Instituto Estadual de Cirurgia “Carlos Gentile de Mello” (Hospital de Ipanema), Instituto Estadual de Saúde “Juscelino Kubitschek de Oliveira” (Hospital dos Servidores do Estado) e Instituto Estadual de Traumatologia-Ortopedia “Dr. Mário Jorge” (Hospital de Traumatologia-Ortopedia).

Embora considerado pelos críticos como medida precipitada, foi importante passo para iniciar o repasse de unidades federais localizadas no Município do Rio de Janeiro para o estado. Entretanto as dificuldades no cumprimento dos repasses financeiros realizados pelo Governo Federal fizeram com que esse passo não tivesse o sucesso desejado e essas unidades acabaram por ser devolvidas ao Governo Federal em 1993.

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

5.1.2. Município do Rio de Janeiro

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

plano da políticas mais abrangentes entre as três esferas de governo.

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

Apesar de participar das discussões e decisões políticas na CIS, o Município do Rio de Janeiro manteve sempre relação de distanciamento com o estado. As questões relativas à presença das unidades estaduais eram resolvidas de forma pontual e, em geral, reportadas às decisões do Grupo Executivo Local e da CIMS-RJ⁴².

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

Essa relação, que começou no Governo Saturnino Braga (1985-1988), se encerra no governo seguinte, do prefeito Marcello Allencar (1989-1992). O Governo Federal não honra os compromissos assumidos no convênio⁴³, deixando de repassar os recursos acordados. O prefeito denuncia o convênio e utiliza os profissionais lotados no INAMPS nas unidades do próprio município.

5.1.3. A esfera federal

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

No Rio de Janeiro, ao contrário de outros estados, essa coordenação não ficou com o Secretário de Estado de Saúde. Esta decisão foi justificada pela existência, no estado e, em particular, no Município do Rio de Janeiro, de

complexa rede de unidades (PAMs e Hospitais) que consumiam (e ainda consomem) valores (excluídas as despesas com pessoal) que correspondiam a aproximadamente 70% de todos os recursos repassados ao estado para o gerenciamento de toda rede (própria e transferida).

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

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

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

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

5.2. Resultados do SUDS e a não Integração da Rede de Saúde do Município

Esse intervalo histórico foi marcado por quatro aspectos que se destacam. O primeiro se refere à efetiva condução política do estado na área de saúde. A chegada de técnicos à secretaria com maior vinculação à proposta ditada pelo Governo Federal (com apoio dos governadores) e a decisão de governo de dirigir as ações de saúde no estado propiciaram a confecção de nova roupagem para a secretaria. A chegada desses técnicos, com a eleição da maioria dos governadores do PMDB em todo país, em pleno plano cruzado, fez com que alguns críticos ao processo de descentralização em curso e ao SUDS, em particular, classificassem-no como o Plano Cruzado da Saúde⁴⁴, numa referência à possível interferência do Governo Federal nas políticas estaduais.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. SUS Estadual: Municípios se Organizam sem Comando Regional (1991/1994)

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

O executivo estadual substituiu seus secretários de Saúde em três oportunidades⁴⁵, motivado pela necessidade do governador manter base parlamentar na Assembléia Legislativa e conseqüente aprovação de projetos e decisões considerados, por ele, prioritários. Assim, tratando a Secretaria de Saúde como pasta passível de negociação, o estado ficou em posição distanciada das discussões em curso. Momento em que a Saúde estadual foi alvo de acusações, desde o descaso com a assistência até desvios administrativos de ordens diversas.

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

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

As mudanças realizadas pelo Governo Federal na modalidade de financiamento para a Saúde acarretaram grande redução dos recursos repassados aos municípios. A base de cálculo para o teto orçamentário ambulatorial⁴⁶ produziu uma queda significativa no orçamento dos municípios, dificultando sua adequação à realização de novas funções.

Os repasses financeiros passaram para modalidade pós-pagamento, introduzindo a remuneração por produção de serviços, bem como foi unificando os valores da tabela para remuneração dos convênios públicos e privados. Nessa situação, o Estado reduz seu poder de interferência política, passando a ser um mero repassador de tetos ambulatoriais e cotas de AIH, favorecendo o fortalecimento da ligação direta que passou a existir entre o Governo Federal e os municípios.

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

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

No plano do controle social, houve retardo na atuação e na operacionalização do Conselho Estadual de Saúde como conseqüência ao

questionamento jurídico-político de sua composição quantitativa e qualitativa na Assembléia Legislativa. A solução do impasse ocorreu somente no final de 1991.

6.1. Análise da Implantação do SUS por Nível de Governo

6.1.1. Estado do Rio de Janeiro

Os passos técnicos e políticos em direção ao Sistema Único de Saúde estavam sendo construídos desde o SUDS. A municipalização adotada com repasse das unidades estaduais e federais para os municípios, a transferência das responsabilidades na relação com o setor privado, o término das representações regionais, o assessoramento e a formação de novos técnicos, descentralizando vários procedimentos, permitia que o Estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Saúde, tivesse outro perfil de atuação, como dirigente das políticas regionais e condutor dos desafios pertinentes à mudança de modelo.

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

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

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

No entanto alguns fatos foram relevantes no primeiro ano de implantação do SUS. O fortalecimento do Grupo Socorro de Emergência da Defesa Civil (Corpo de Bombeiros) que passou a trabalhar também no transporte de doentes entre unidades. A vigilância sanitária mudou qualitativamente seu papel, com uma atuação mais vigorosa. Montou-se o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador, do controle da AIDS, fortaleceu-se a política relacionada à saúde mental e mudou-se a forma de atuação do Laboratório Noel Nutels⁴⁷.

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

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

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

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

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

6.1.2. Município do Rio de Janeiro

A estrutura organizacional do Município do Rio de Janeiro avançou dentro do processo de regionalização. Os grupos executivos locais e as comissões executivas de áreas de planejamento transformaram-se em Coordenadoria de Área de Planejamento⁴⁸.

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

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

6.1.3. Demais municípios

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

Houve retardo e posição cautelosa dos municípios em qualificar-se para gestão semiplena. Havia receio que a contrapartida por parte da União e do Estado não fosse cumprida, bem como desconfiança no aprofundamento do desfinanciamento patrocinado pelo Governo Federal⁴⁹.

Quanto aos tetos orçamentários, muitos municípios e o próprio estado apresentaram produção ajustada ao programado, sem demonstrar dificuldades para adequar-se a NOB 91. Enquanto alguns estados lutaram e conseguiram rever seu financiamento, porque permitiram que o teto ambulatorial e as cotas de AIH fossem ultrapassados, o Estado do Rio de Janeiro, aos olhos do financiador, conseguiu administrar as necessidades dentro das normas estabelecidas⁵⁰.

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

Quanto à assistência hospitalar, devido à complexidade que lhe é peculiar, as dificuldades foram mais difíceis de serem vencidas. Os baixos valores pagos pelos procedimentos produziram êxodo dos hospitais privados do

sistema, gerando complicadores adicionais, e exigindo criatividade e trabalho político dos municípios junto ao COSEMS, ao Estado e Governo Federal para as soluções.

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

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

6.1.4. A esfera federal

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

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

Os diversos momentos políticos vividos pelo Governo Federal também produziram troca de representantes federais⁵¹. Somente durante a gestão do ministro Adib Jatene e do Dr. Nildo Aguiar, como seu representante no Estado do Rio de Janeiro, é que a instância federal no estado buscou articulação e trabalho conjunto com os demais níveis de governo.

Foi momento de recuperação das unidades próprias do INAMPS localizadas no Município do Rio de Janeiro e início das discussões para formas alternativas de gestão das unidades hospitalares federais. Assim, o corpo clínico de vários hospitais se mobilizou, na busca de informações, com finalidade de transformar as unidades em fundações ou outras formas mais flexíveis de gestão⁵².

6.2. A Ausência Estadual, o Avanço da Crise Federativa e a Deterioração das Relações Intergovernamentais

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

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

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

A NOB 93, no Governo Itamar Franco, mudou o rumo político do processo de descentralização. Embora o estado permanecesse sem papel claramente definido, houve avanços para consolidação da municipalização através de passos técnicos em direção à gestão plena (só adotada na NOB 96) e conseqüente término da remuneração por produção de serviços.

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

O Governo Federal, após o término do INAMPS, em 1993, e conseqüente mudança da Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle para Escritório de Representação do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (ERERJ), adotou posicionamento político auto-referido⁵³, sem desempenhar o papel político historicamente desenvolvido de liderança das ações de políticas públicas de saúde no estado.

O Município do Rio de Janeiro manteve-se em linha independente, com o avanço da regionalização interna, porém sem disposição política para assumir o comando único no município sobre as unidades estaduais e federais, nele localizadas⁵⁴. Portanto, sem buscar a gestão semiplena da NOB 93.

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

A expectativa de atuação efetiva do Conselho de Saúde após Conferência Estadual de Saúde, realizada em 1991, não se concretizou. No campo das relações federativas, a ausência de liderança política na área da saúde, tanto na representação do Governos Federal e como no Estadual, fez com que os municípios, calcados na autonomia de ente federado que lhes conferem as Constituições Federal e Estadual, exercessem seu papel nas políticas municipais de saúde e nas relações e organizações intermunicipais na área de saúde.

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

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

7. Reflexões, Conclusões e Indagações sobre a Saúde

A análise das transformações da assistência à saúde nos rumos da formação do Sistema Estadual de Saúde, sob a ótica das relações intergovernamentais, no Estado do Rio de Janeiro - não nos permite apresentar única e objetiva conclusão. Ao contrário, a complexidade dessa formação, bem como a complexidade deste estado, levam a reflexões e conclusões.

A construção de Sistema Único, como já discutido, é complexa em um país no qual, embora formalmente federativo, o passado autoritário e centralizador produziu raízes políticas-culturais-institucionais de difícil superação, no curto e no médio prazo.

Confundem-se atribuições próprias de regime fechado, de federalismo centralizado, como na visita de inspeção do Ministério da Saúde a hospitais próprios estaduais no Município do Rio de Janeiro, com críticas severas à gestão dos mesmos; e atitudes descentralizantes e pactuadas de federalismo cooperativo, na postura do Governo Federal no enfrentamento da crise das polícias militares e nas solicitações de intervenção no estado de Alagoas, quando adotou postura de país federado, cooperativo, administrando a crise com cautela.

“A Constituição de 1988 esclareceu o critério hierárquico subjacente às competências concorrentes, prevendo que, no âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais” (DALLARI, 1994)⁵⁵.

Entretanto, a implementação dos preceitos constitucionais implica, não só, a definição clara das atribuições das esferas de governo, como também no financiamento que o sustenta e dê credibilidade.

O governador Marcelo Allencar, do Estado do Rio de Janeiro, em artigo no JORNAL DO BRASIL (1997) chama atenção para as dificuldades dos estados no momento atual: “É indiscutível que a Constituição Federal de 1988, ao atribuir maiores recursos para os municípios (...) deixou desguarnecidos os estados. Após sete anos de vigência constitucional os estados se vêem, em conseqüência, impotentes ante as crescentes demandas que lhes compete prover, próximos, em maior ou menor grau de impossibilidade de manter sequer os serviços essenciais”.

Essas dificuldades têm levado os estados buscar outras soluções, cujos resultados são discutíveis, como é o caso da guerra fiscal, em que “os governos fazem expressivas concessões tributárias e de outra natureza para disputar investimentos de empresas nacionais e estrangeiras” (NOGUEIRA, 1997).

A crise financeira dos estados, a indefinição de suas atribuições e o questionamento da distribuição dos tributos e responsabilidades estão produzindo crise de outra natureza: a federativa.

Como já dito, a construção do federalismo cooperativo em nosso país é bastante complexa. A tradição centralizadora, a ausência do tema nas discussões da sociedade organizada e a nossa formação histórica não facilitam a montagem dos arranjos e acordos pactuados necessários, no caso brasileiro, entre as três esferas de poder.

Entretanto, essa construção ocorre tanto no plano geral, envolvendo a sociedade, suas instituições, seu arcabouço jurídico-político, como no plano setorial, onde a existência de competências concorrentes cria o ambiente necessário para ações e acordos, com objetivo de superação dos conflitos, próprios dessas relações de poder intergovernamentais.

A consonância do ritmo de desenvolvimento de mudança entre as transformações gerais, que dependem da nossa formação histórica, e a setorial, que dependem da experiência acumulada, de cultura própria e do exercício de resolução conjunta dos conflitos é que fornecerá o grau de complexidade a ser enfrentado. Assim, os processos de mudança geral e setorial se interdependem.

No campo da saúde, a mudança do velho para o novo modelo vem ocorrendo desde a década de 80, ou seja, desde a implantação das AIS até o SUS. A transformação do federalismo centralizado para o federalismo cooperativo vem sendo construída com dificuldades próprias do descompasso entre o ritmo setorial e o geral.

Desde a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) até as Comissões Bi e Tripartite, o aprendizado e o exercício dos acordos políticos setoriais pactuados têm retratado, dentro das nuances próprias do processo político, a complexidade referida.

Entretanto, na medida em que o debate nacional da saúde está centrado na questão da municipalização, onde raramente o estado entra na pauta das discussões, criou-se um vazio nesse nível intermediário do SUS (MENDES, 1996), limitando a possibilidade, no caso do Rio de Janeiro, do cumprimento da Constituição Estadual.

A Constituição Estadual do Rio de Janeiro, em seu artigo 186, estabelece em sua diretriz VI que compete ao estado a “elaboração e atualização periódica do Plano Estadual de Saúde, em termos de prioridade e estratégias regionais, em consonância com o Plano Nacional de Saúde e de acordo com as diretrizes do Conselho Estadual” (CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1989)

O mecanismo de financiamento adotado pelo Governo Federal não tem facilitado ao estado superar as dificuldades para assumir novas atribuições e trabalhar na confecção de políticas regionais.

7.1. As Mudanças na Política de Saúde vis-à-vis as Transformações da Estrutura Federativa

No primeiro momento, pré-Ações Integradas de Saúde, as instâncias de governo desenvolveram ações autônomas, dicotômicas e superpostas. As atividades de assistência à saúde da população, nas três esferas de governo, se realizaram através de cultura organizacional própria.

No segundo momento, ainda em pleno regime autoritário, sob a égide de federalismo centralizado, em estado quase unitário, no Estado do Rio de Janeiro, facilitado pela desconfiança e distanciamento do Secretário de Saúde e favorecido pela estrutura federal forte, o governo central assumiu a liderança do comando das ações de saúde no estado. Implantaram-se as Ações Integradas de Saúde. Os governadores são eleitos pelo voto direto após 18 anos.

No terceiro momento, os governadores recuperam a liderança política dos estados e iniciam a retomada do regime federativo de governo. Assim, no Rio de Janeiro, o estado, através da Secretaria de Estado de Saúde, assume o comando das políticas públicas de saúde, fortalecendo o papel da CIS. Foi o período do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O presidente foi eleito indiretamente, instalou-se a Assembléia Nacional Constituinte e foram confeccionadas as Constituições Federal e Estaduais e Leis Orgânicas dos Municípios.

No quarto momento, sob a nova Constituição, iniciou-se a construção do Sistema Único de Saúde. Foi eleito o primeiro Presidente pelo voto direto. Entretanto, no campo da saúde começaram as turbulências no financiamento, nas relações federativas e o movimento de recentralização do processo. A NOB 91 favoreceu o estreitamento das relações entre os municípios e o Governo Federal e introduziu exigências e normas próprias de financiamento obstaculizadoras da descentralização, levando alguns autores a classificar esse momento de “descentralização tutelada”.

No Rio de Janeiro, a instância federal não reassumiu a direção política, ao contrário, tornou-se auto-referida e com conseqüente esvaziamento do poder local dessa instância de governo.

No plano estadual, as dificuldades de aprovação das mensagens do governo na Assembléia Legislativa fizeram com que o governador escolhesse a saúde como pasta de negociação política, reduzindo, assim, a atuação e o poder de decisão de seu Secretário de Estado. O estado, mais uma vez, se

distancia da dinâmica política, voltando-se para administrar as ações de execução que ainda permaneceram sob sua responsabilidade.

No plano dos municípios, na ausência das instâncias federal e estadual, com a autonomia que lhes garante a Constituição Federal, organizam-se internamente, construindo relações intermunicipais autônomas, sem comando regional.

Conclui-se, então, que:

- o ritmo de desenvolvimento das mudanças, tanto setorial, como na conformação de federalismo cooperativo, tem relação direta com a formação histórica da sociedade brasileira. As transformações da área de saúde não são auto-referidas, ao contrário, possuem dependência de todo processo sócio-político-cultural de nossa sociedade;

- é necessário um Estado como construtor e regulador das ações de saúde regionais e intermunicipais e, na defesa dos interesses estaduais, junto ao Governo Federal. As relações entre os municípios, em todos os campos, necessitam da mediação do estado. Na saúde, sua ausência e/ou enfraquecimento político, põe em risco o SUS (FRANKLIN, 1994).

7.2. A Especificidade do Estado do Rio de Janeiro

No Estado do Rio de Janeiro, a linha de atuação própria, auto-referida, autônoma do Município do Rio de Janeiro, retoma a discussão de sua origem: a fusão.

Desde a fusão do ex-Estado da Guanabara (Município do Rio de Janeiro) com o Estado do Rio de Janeiro, as duas secretarias que se formaram, ao longo de toda história de mudanças na saúde do país e do estado, seguiram linhas próprias de atuação e permaneceram com a predominância de suas culturas institucionais originais. A SES cultivou sua vocação sanitaria e o município sua cultura estadual (Guanabara), ou seja, sanitaria nos centros de saúde, e assistencialista nos hospitais gerais e especializados.

O Município do Rio de Janeiro assinou o convênio das AIS SUDS e SUS, mas somente em 1996 que pré-municipalizou os PAMs do ex-INAMPS e iniciou movimento para entrar em gestão semiplena.

O potencial político, eleitoral, populacional, a complexa rede de serviços públicos de saúde nele existentes e a condição de capital do estado criaram as condições para que participasse das reuniões, discussões e decisões CIS e da Comissão Bipartite.

Assim, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro teve trajetória autônoma, cuidando de sua rede, regionalizando-se, criando comissões interinstitucionais locais, evoluindo e aperfeiçoando seu modelo assistencial construído antes da fusão.

A Secretaria de Estado de Saúde, que se seguiu à fusão, até 1994, manteve a cultura organizacional da “velha secretaria” (pré-fusão). Contudo, procurou adequar-se ao processo de mudança, adaptando sua estrutura, construindo sistemas de regulação, auditoria, etc. Foram mudanças necessárias tanto para o período pós-fusão, como pós-AIS, SUDS e SUS.

Entretanto a força da cultura sanitarista levou os Secretários de Estado de Saúde priorizarem suas ações no interior do estado, reforçando as ex-coordenadorias regionais de saúde (pré-AIS), a municipalização e o seu assessoramento (SUDS), a formação de núcleos e/ou serviços de vigilância epidemiológica e sanitária (SUDS e SUS).

As ações na assistência médico hospitalar, concentradas no Município do Rio de Janeiro, não foram priorizadas, embora houvesse algum investimento, sem repercussões na assistência. O desempenho em número de consultas e internações, a redução do número de leitos, o êxodo de recursos humanos, confirmaram o pouco peso político desse tipo de assistência no estado.

Assim, pode-se concluir que:

- no campo da saúde e assistência médica, não há indícios de que a fusão tenha se concretizado. Os conflitos políticos da presença dos equipamentos de saúde, das instâncias federal e estadual, no Município do Rio de Janeiro; a manutenção do atendimento maciço à população da Baixada Fluminense nas unidades do município, sem ação de política regional do estado; a manutenção intacta da cultura sanitarista da SES; a resistência do Município do Rio de Janeiro em buscar a gestão semiplena, dentre outros, confirmam esses indícios;

- as relações federativas com o estado, já discutidas anteriormente, mantiveram-se tensas e conflituosas. Essas relações e a ligação direta do município com o Governo Federal fazem concluir que a fusão, até hoje, não construiu os passos necessários para sua concretização, na área da saúde;

- não há e não houve, ao longo desse intervalo histórico, formação de Sistema Estadual. As relações intergovernamentais e a descentralização careceram de resoluções de conflitos federativos anteriores. O não equacionamento desses conflitos, o distanciamento do Município do Rio de Janeiro e do estado no debate das políticas regionais dificultaram a formação de Sistema.

Estas reflexões nos remetem a três indagações:

- Como estarão os demais setores das políticas públicas pós-fusão? Quais avanços e/ou retrocessos ocorreram que confirmam ou desmentem as razões técnicas que levaram a nova formação federativa há 22 anos?

- Que espaço de articulação política o setor saúde possui no desenvolvimento e na construção de Estado, de fato, federativo? De outra forma: os Conselhos de Saúde e as Comissões Bi e Tripartite têm possibilidades de transcender os limites setoriais?

- No momento atual, em que: Primeiro, agrava-se a crise federativa, visualizada na guerra fiscal, na redução dos recursos do Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal, instituído pelo Fundo de Estabilização Fiscal, na retirada do ICMS das exportações de produtos primários e semi-elaborados, que também onera as finanças estaduais, obrigando, portanto, os estados a “arcar com parte do ônus fiscal decorrente da necessidade de compensar os efeitos da sobrevalorização cambial” (Nogueira, 1997). Segundo, o Governo Federal adota postura tímida em relação à saúde; Terceiro, a discussão de nova agenda para a saúde entra na ordem do dia; Quarto, o debate nacional sobre a reforma do Estado; pergunta-se: É possível pensar em Sistema Estadual?

ANEXO I

A Capacidade Instalada, a Produção dos Serviços e o Emprego em Saúde no Rio de Janeiro

No Brasil, houve crescimento das unidades sem internação em média de 7,22% ao ano, praticamente dobrando nos últimos 10 anos. Segundo VIANA (1994), analisando os dados da AMS/IBGE, “a expansão foi marcada por oscilações no comportamento das redes pública e privada: os ambulatórios públicos cresceram de 1976 a 1984 e de 1987 a 1990 a taxas superiores aos ambulatórios privados. Entretanto, entre 1981 e 1990, o crescimento da rede privada superou o da rede pública, com taxas médias de 6,84% e 8,63% ao ano para as duas redes, respectivamente”.

Ainda, segundo VIANA (1994), a rede hospitalar se expandiu com menor intensidade. Entre 1981 e 1990 o número de hospitais aumentou de 6.342 para 6.791 registrando crescimento menor que 10%. Em 1981, em todo o país, a rede hospitalar privada correspondia a 80% do total de estabelecimentos com internação, e 20% à rede pública. Em 1990, a rede pública aumentou sua participação para 23% e a rede privada desceu para o patamar de 77%.

Os equipamentos de prestação de assistência variam de estado para estado, quanto ao total de estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares; no predomínio do setor público *versus* o privado e quanto ao papel das instâncias de governo presentes em seus limites territoriais.

O Rio de Janeiro, que cresceu sua rede de saúde à taxa de 4% (MEDICI, 1995), é o que possui situação mais particularizada quando comparado com os demais estados da federação. Apresenta a maior rede de assistência própria, não terceirizada do país, concentrada, em grande parte, no Município do Rio de Janeiro.

A Rede Ambulatorial

A rede ambulatorial do Estado do Rio de Janeiro, entre 1981 e 1990, cresceu 78,9%, mantendo média anual de expansão de 7% (Tabela 1). Entretanto, de 1990 a 1992, o crescimento foi de 79,47%, o que representou expansão total de 221,09% nos 12 anos (1981/1992).

O aumento da capacidade instalada, do Estado do Rio de Janeiro, quando comparada com o desempenho do Brasil e da Região Sudeste, ao longo da década de 90, representou 15,3% do crescimento da região e 5,99% em

média do país. Essas relações aparecem em todo percurso da montagem do Sistema Estadual de Saúde, sem variações significativas ao longo da década.

Em 1981, o Brasil possuía 15.420 estabelecimentos de saúde sem internação, a Região Sudeste 7.303 e o Rio de Janeiro 986. Esses dados demonstram que as unidades ambulatoriais do Rio de Janeiro correspondiam a 6,39% das mesmas unidades no país e a 13,50% da Região Sudeste. Em 1990, o Brasil possuía 28.421 estabelecimentos, a Região Sudeste 10.475 e o Rio de Janeiro 1.764. Nesse ano, a relação passou a representar 16,84% da Região Sudeste e 6,20% do país.

Tabela 1
Número e Percentual dos Estabelecimentos de Saúde Sem Internação
por Categoria Institucional do Estado do Rio de Janeiro
Relação Brasil e Região Sudeste
1981 - 1990

A N O	Local	ESTABELECIMENTOS SEM INTERNAÇÃO						Total					
		Federal	Estadual	Municipal	Total Público	Particular	Total						
1981	Brasil	3465		6230		2598	12293	3127	15420				
	Sudeste	1595	12,41	2562	7,69	1122	17,47	5279	11,20	2024	19,52	7303	13,50
	Rio de Janeiro	198	5,71	197	3,16	196	7,54	591	4,81	395	12,63	986	6,39
1982	Brasil	3594		7083		2851	13528	3291	16819				
	Sudeste	1596	12,72	2727	7,11	1286	17,88	5609	11,18	2140	19,67	7749	13,52
	Rio de Janeiro	203	5,65	194	2,74	230	8,07	827	4,63	421	12,79	1048	6,23
1983	Brasil	3951		7995		3353	15299	3672	18971				
	Sudeste	1711	13,44	2858	8,22	1385	18,05	5954	12,01	2310	20,22	8264	14,30
	Rio de Janeiro	230	5,82	235	2,94	250	7,46	715	4,67	467	12,72	1182	6,23
1984	Brasil	4121		8752		3943	16816	3875	20691				
	Sudeste	1841	13,15	2941	8,47	1618	18,85	6070	13,11	2428	21,87	8498	15,62
	Rio de Janeiro	242	5,87	249	2,85	305	7,74	796	4,73	531	13,70	1327	6,41
1985	Brasil	1698		9153		4756	15607	5209	22294				
	Sudeste	374	33,42	2950	7,80	1912	18,67	5236	13,60	3379	15,80	8615	14,46
	Rio de Janeiro	125	7,36	230	2,51	357	7,51	712	4,56	534	10,25	1246	5,59
1986	Brasil	1723		5392		6080	17195	6917	23952				
	Sudeste	379	32,72	2984	7,21	2372	20,49	5735	14,40	3354	18,31	9054	15,89
	Rio de Janeiro	124	7,20	215	2,29	486	7,99	826	4,80	614	8,88	1439	6,01
1987	Brasil	1768		9557		7146	18471	6917	25388				
	Sudeste	329	37,99	2962	7,19	2772	20,60	6112	14,87	3354	19,47	9466	16,50
	Rio de Janeiro	125	7,07	213	2,23	571	7,99	909	4,92	653	9,44	1562	6,15
1988	Brasil	1719		9758		8172	19648	6860	26509				
	Sudeste	375	33,07	3003	6,53	3240	19,60	6618	14,57	1286	50,54	9916	16,19
	Rio de Janeiro	124	7,21	196	2,01	635	7,77	964,2221	4,91	650	9,48	1605	6,05
1989	Brasil	1662		9623		9532	20817	5887	27704				
	Sudeste	363	35,41	2851	5,47	3756	20,21	6960	14,94	3291	19,93	10251	16,54
	Rio de Janeiro	125	7,52	156	1,62	759	7,96	1040	5,00	656	11,14	1696	6,12
1990	Brasil	1646		8975		11203	21824	6597	28421				
	Sudeste	324	35,19	2728	4,69	4264	20,31	7316	15,14	3159	20,77	10475	16,84
	Rio de Janeiro	114	6,93	128	1,43	866	7,73	1108	5,08	656	9,94	1764	6,21

Fonte: IBGE/AMS

No que se refere à estrutura ambulatorial pública e privada, houve predominância, entre 1981 e 1992, da rede pública sobre a privada, cujo crescimento em termos percentuais foi sempre constante. Em 1981, o estado possuía 591 unidades ambulatoriais públicas e 395 privadas. Em 1990, aumenta para 1.108 estabelecimentos sem internação públicos, e 656 privados. Esses números correspondiam a 59,93% de estabelecimentos do setor público e 40,05% para o privado, em 1981. Em 1990 esse percentual modificava-se em 62,81 para o público e 37,19% para o privado, portanto, uma média de 61% de unidades ambulatoriais públicas e 38% privadas.

Entretanto, essa relação se inverte quando esses números são desmembrados entre capital e região metropolitana. Durante toda a década, os percentuais relativos à rede privada foram mais elevados. Entre 1981 e 1990, a média percentual foi de 65% de unidades ambulatoriais privadas na capital, 52% na região metropolitana e 37% no estado.

A evolução percentual de distribuição da capacidade instalada ambulatorial entre as três esferas de governo demonstra que, no início da década, a rede federal era hegemônica e, a partir de 1984, ano das AIS no estado, a rede municipal cresceu proporcionalmente mais, invertendo a relação existente anteriormente. As redes federal e estadual perderam unidades assistenciais a partir de 1984, enquanto a rede municipal inicia crescimento no mesmo ano. A rede privada mantém expansão constante, com desaceleração a partir de 1987.

Apesar do Município do Rio de Janeiro não aderir ao processo de municipalização, a relação existente entre a rede federal e municipal modificou-se ao longo da década. A presença da rede federal na capital, que correspondia a 51,4% em 1981, passa para 23,6% em 1990. Ao passo que a presença da rede municipal se expande, em percentual, de 32,1% para 51,9% no total de estabelecimentos sem internação, entre 1981 e 1990.

A rede municipal em todo estado se expandiu, em 1981, a 33,1% no estado, 32,8% na região metropolitana e 32,1% na capital. No final da década, em 1990, esses percentuais aumentaram para 78,1%, 61,8% e 51,9%, respectivamente.

Note-se, também, que na vigência do SUDS, o município se consolidou como prestador hegemônico na rede ambulatorial, com conseqüente queda de importância no nível federal e estadual, nessa prestação de serviços de saúde. Vale ressaltar que essa hegemonia foi conquistada não só pela transferência das unidades estaduais e das federais estadualizadas para os municípios, mas pela expressiva construção de novas unidades.

A Rede Hospitalar

A evolução dos estabelecimentos com internação no Estado do Rio de Janeiro, ao longo da década de 80, demonstrou que houve redução no número de estabelecimentos de 11,23%. Este percentual indicou que essa evolução teve trajetória diferente, quando se comparam os mesmos dados no Brasil e na Região Sudeste. No Brasil, a rede hospitalar se expandiu a mais de 10% e na Região Sudeste 6% (Tabela 2).

Em 1981, o estado possuía 578 unidades hospitalares, aumentou o seu quantitativo para 605 em 1984 e, a partir desse ano, reduziu progressivamente até chegar às 546 em 1990. Entretanto, no início da década, até 1992, iniciou recuperação, elevando para 584 unidades, o que significou expansão de 6,95%.

A redução do quantitativo de hospitais foi conseqüência da diminuição da rede hospitalar privada de assistência, que passou de 482 hospitais, em 1984, para 451 no ano seguinte e 427, em 1990. No campo dos hospitais públicos houve pequena expansão de 114 no início para 119 no fim da década. Esses números representaram crescimento de 4,38%.

O setor público apresentou, no início da década de 90, expansão mais acelerada que na década anterior, porque a rede municipal de estabelecimentos com internação aumentou 35,13%. Em 1992 passou de 37 para 50 hospitais municipais. Quanto ao setor privado houve crescimento de 6,55%, ou seja, o número de unidades hospitalares passou de 427 para 455.

A relação de proporcionalidade das unidades hospitalares do Estado do Rio de Janeiro *vis-à-vis* o Brasil e Região Sudeste evidenciou que, em relação ao Brasil, em 1981, foi de 9,11% e, com a perda das unidades, predominantemente no setor privado, esse percentual caiu para 7,5%. Quanto à Região sudeste, essa relação foi mais estável, mantendo-se em torno de 22% (Tabela 2).

A composição público *versus* privado entre essas unidades ficou em 80% para rede privada e 20% para rede pública, acompanhando o padrão de evolução do Brasil, mas aproximou-se da Região Sudeste, cuja distribuição foi de 86% no privado e 14% no público.

Os estabelecimentos públicos de internação no estado quando observada sua composição por instância de governo, apresentaram expansão da rede municipal e redução das redes federal e estadual. Em 1981, a rede municipal representou 22,8% do total de estabelecimentos, a esfera federal 44% e a estadual 32,48%. No final da década, houve inversão desses valores.

Tabela 2
Percentual dos Estabelecimentos de Saúde Com Internação
por Categoria Institucional do Estado do Rio de Janeiro
Relação Brasil e Região Sudeste
1981 - 1990

A N O	Local	ESTABELECIMENTOS COM INTERNAÇÃO											
		Federal %	Estadual %	Municipal %	Total Público %	Particular %	Total %						
1981	Brasil	299	660	363	1322		5020	6342					
	Sudeste	96	53,13	127	29,13	102	25,49	325	35,08	2074	22,37	2399	24,09
	Rio de Janeiro	51	17,06	37	5,61	26	7,16	114	8,62	464	9,24	578	9,11
1982	Brasil	310	715	375	1400		5095	6495					
	Sudeste	95	54,74	124	29,84	105	25,71	324	35,80	2113	22,76	2437	24,50
	Rio de Janeiro	52	16,77	37	5,17	27	7,20	116	8,29	481	9,44	597	9,19
1983	Brasil	327	731	392	1450		5230	6680					
	Sudeste	101	56,44	126	30,16	109	25,69	336	36,61	2031	23,73	2467	24,52
	Rio de Janeiro	57	17,43	38	5,20	28	7,14	123	8,48	482	9,22	605	9,06
1984	Brasil	342	781	424	1547		5314	6861					
	Sudeste	101	58,42	124	28,23	122	23,77	347	35,45	2137	22,55	2484	24,36
	Rio de Janeiro	59	17,25	35	4,48	29	6,84	123	7,95	482	9,07	605	8,92
1985	Brasil	272	763	434	1469		5209	6678					
	Sudeste	85	56,47	119	26,89	118	23,73	322	33,54	1940	23,25	2362	23,67
	Rio de Janeiro	48	17,65	32	4,19	28	6,45	108	7,35	451	8,66	559	8,37
1986	Brasil	271	808	512	1595		5325	6920					
	Sudeste	85	55,29	124	25,81	124	24,19	333	32,73	2056	21,89	2389	23,23
	Rio de Janeiro	47	17,34	32	3,96	30	5,86	109	6,83	446	9,38	555	8,02
1987	Brasil	267	827	609	1703		5359	7062					
	Sudeste	85	54,12	125	25,60	134	24,63	344	32,27	2056	21,50	2400	23,04
	Rio de Janeiro	46	17,23	32	3,87	33	5,42	111	6,52	442	8,25	553	7,83
1988	Brasil	259	885	679	1823		5300	7123					
	Sudeste	85	54,12	142	23,24	153	23,53	380	29,74	2036	21,17	2416	22,60
	Rio de Janeiro	46	17,76	33	3,73	36	5,30	113	6,20	431	8,13	546	7,67
1989	Brasil	261	881	747	1889		5238	7127					
	Sudeste	84	54,76	144	22,92	161	22,36	389	29,56	2016	21,18	2405	22,54
	Rio de Janeiro	46	17,62	33	3,75	36	4,82	115	6,09	427	8,15	542	7,60
1990	Brasil	259	900	875	2034		5246	7280					
	Sudeste	80	58,75	147	23,81	183	20,22	410	29,02	2010	21,24	2420	22,56
	Rio de Janeiro	47	18,15	35	3,99	37	4,23	119	5,85	427	8,14	546	7,50

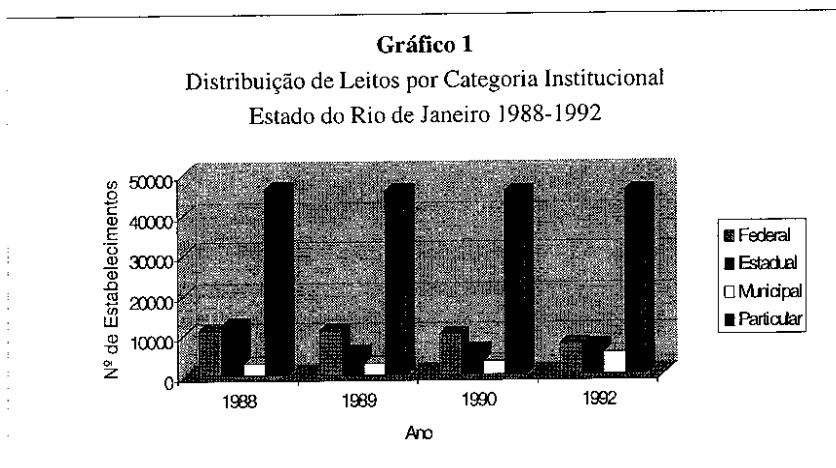
Fonte: IBGE/AMMS

Em 1990, a rede municipal cresceu e passou a representar 31%, e as redes federal e estadual ficaram em 38,4 e 29,4%, respectivamente.

No que se refere ao comportamento do número de leitos nas unidades hospitalares do estado, eles apresentaram queda de 10% nos leitos federais, 48,85% nos estaduais, 1,53% nos privados, entre 1988 e 1990. Essa perda não foi compensada com a expansão no mesmo percentual pela rede municipal. Ela teve expansão de apenas 15%, insuficiente, portanto, para suprir

a queda dos leitos dos demais prestadores. Do início da década até 1992, a rede municipal teve acréscimo de 2.117 leitos, significando crescimento de 60,60%, enquanto a rede federal teve perda de 39,4%, passando de 10.137 para 7.634 leitos (Gráfico 1).

As informações colhidas pela Secretaria de Estado de Saúde, quanto ao comportamento das unidades hospitalares demonstraram que, entre 1987 e 1989, a rede municipal passou de 38 para 41 unidades, representando uma expansão local de 7,89%.



Fonte: IBGE \ AMS

O número de leitos hospitalares da rede estadual sofreu redução de 22,40% nessa década. Em 1981, o estado possuía 5.420 leitos, passando para 4.206 em 1990. Entretanto, a partir do início da década de 1990, houve recuperação de 4,56%, passando de 4.206 para 4.398 leitos em 1994.

Estes dados informam o reflexo da política de municipalização sob a égide do SUDS, entre 1987 e 1989. Contudo nota-se que, ao contrário da rede ambulatorial, onde houve redução de unidades federais e estaduais, no plano da assistência hospitalar apenas seis hospitais foram transferidos para os municípios. O fato se deveu à concentração desses leitos nas unidades hospitalares da capital que não foram municipalizadas.

A Produção dos Serviços

Os serviços produzidos nas unidades do Estado do Rio de Janeiro ocorreram sem que se pudesse fazer relação com o processo institucional de municipalização das ações de saúde no estado.

A municipalização não produziu aumento das consultas médicas no setor público. A construção de novas unidades e a transferência daquelas federais e estaduais para os municípios não foram acompanhadas do aumento de produção.

A análise da produção de consultas no estado evidenciou que, apesar do pouco desempenho do setor público (queda de 6,14%), houve expansão de 3,83% no número total de consultas, destacando-se o setor privado, cujo crescimento foi de 16,52%, entre 1981 e 1990.

Quanto às internações, houve redução de 11,82% em todo estado. Este valor indica que 11,14% da população utilizaram as unidades hospitalares. São valores que se situam em patamar um pouco superior aos parâmetros preconizados pela portaria MPAS/INAMPS 3046/82, o que indica, para efeito de programação de internações, que 10% da população se interna por ano.

Ao observarmos mais detalhadamente o comportamento do desempenho da produção de consultas no Estado do Rio de Janeiro, verifica-se que a participação do estado, no número de consultas ofertadas pela Região Sudeste e o Brasil, foram de 24,25% e 13,64%, respectivamente, em 1985. Este dado muda, em 1990, para 4,89% com relação ao Brasil (Tabela 3).

Tabela 3
Distribuição de Consultas Médicas no Setor Público e Privado
por Categoria Institucional
Brasil, Região Sudeste e Estado do Rio de Janeiro
1985 - 1990

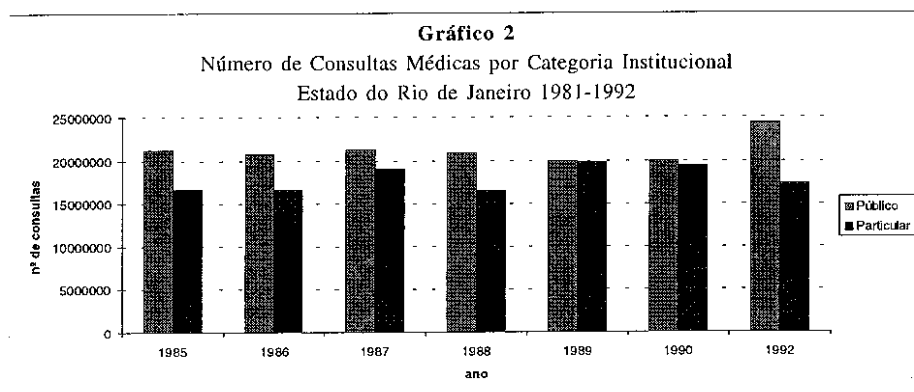
ANO	Local	Público		Particular		Total
			%		%	
1985	Brasil	143.251.251	51,61	134.317.473	48,39	277.568.724
	Sudeste	66.673.422	43,05	88.217.437	56,95	154.890.859
	Rio de Janeiro	21.220.139	56,01	16.664.233	43,99	37.884.372
1987	Brasil	198.336.773	43,81	254.389.217	56,19	452.725.990
	Sudeste	183.381.714	53,49	159.479.116	46,51	342.860.830
	Rio de Janeiro	21.325.580	52,87	19.011.703	47,13	40.337.283
1990	Brasil	560.258.516	69,72	243.331.869	30,28	803.590.385
	Rio de Janeiro	19.917.989	50,64	19.417.656	49,36	39.335.645

Fonte: IBGE \ AMS

O volume de consultas produzido pelas unidades ambulatoriais evidenciou que houve cobertura populacional de 3,2 consultas por habitantes/ano, valores estes acima dos parâmetros da portaria MPAS/INAMPS nº 3.046/82.

A relevância deste dado refere-se ao impacto nos cofres do estado e dos municípios. A partir de 1990, a base de cálculo para o financiamento das consultas ambulatoriais preconizadas pela NOB 91 seguiu rigidamente os parâmetros oficiais, portanto, a redução de 3,2 para 2 consultas habitante/ano produziu queda significativa nos valores repassados pelo Governo Federal para as outras instâncias de governo.

O volume de consultas no estado apresentou, ao longo dos últimos cinco anos da década (1985/1990), predominância do setor público sobre o setor privado. Em 1985, a proporção foi de 56,01% no total de consultas para o público e 43,99% para o privado e, em 1990 foi de 58,25% e 41,75% respectivamente (Gráfico 2).



Fonte: IBGE \ AMS

A evolução das consultas produzidas pelos hospitais da rede estadual apresentou, na década de 80, comportamento irregular com picos de aumento em 1982 (4,8%), 1983 (5,15%) e 1988 (14,08%), voltando a expandir o volume de consultas somente em 1993 (16,63%). Os demais anos registraram quedas irregulares, com índice máximo em 1990 (-19,90%). Ao longo da década houve redução de 19,13% no volume de consultas desses hospitais, com nova ascensão ano início da atual. Entre 1990 e 1994 apresentou crescimento de 5,52%.

Nessas consultas estavam contemplados os três tipos de atendimento realizados nos hospitais do estado: emergência, ambulatório e pronto-atendimento. A análise evidenciou predominância de 68% para consultas de curta duração (emergência e pronto-atendimento), ficando as eletivas ambulatoriais na média de 30%.

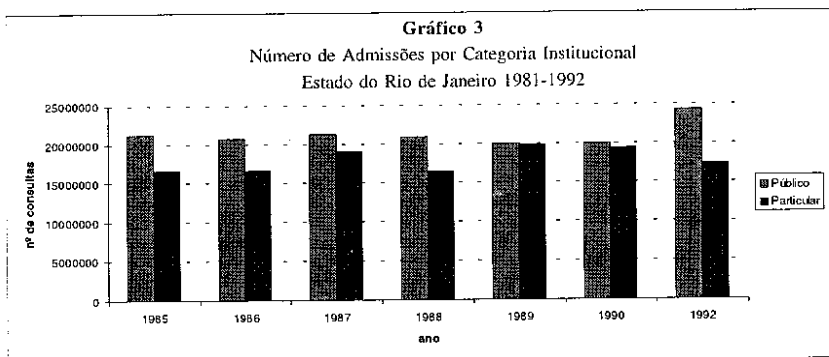
Conclui-se que houve queda da produção de consultas, apesar do aumento da rede ambulatorial e da rede estadual, que permaneceu sob gerência da Secretaria de Estado de Saúde (rede hospitalar), evidenciando limitados investimentos na prestação de assistência.

A primeira constatação foi a redução do volume de internações no Estado do Rio de Janeiro. Essa diminuição apresentou as seguintes características: primeiro, a redução ocorre tanto no setor público quanto no setor privado prestador de assistência à saúde. As internações nos hospitais públicos diminuíram 5,2%, entre 1981 e 1990 e nos privados chegou a 13,69% (Gráfico 3). Entretanto, do início da década de 90 até 1992, houve pequena recuperação nos dois setores de prestação de assistência hospitalar. No público houve expansão de 9,43%, enquanto que, no setor privado, 0,81%.

A segunda é que nas AIS os hospitais públicos aumentaram em 8,02% e os privados em 6,10% o número de internações, o que representou acréscimo global de 6,59% de admissões nos hospitais.

A terceira consideração é que, no período do SUDS, o volume de admissões sofreu redução de 10,22%, ocorrendo pico em 1987, quando foi registrada diminuição de 12,87%. Tanto na rede privada quanto na pública o total de internações caiu 7,42% e 18,18%, respectivamente.

A quarta: o número de internações da rede hospitalar privada foi sempre superior à rede pública, numa proporção que, em média, ficou em torno de 77% para a rede privada e 23% para a pública.



Fonte: IBGE \ AMS

Por fim, é demonstrável que a rede do INAMPS, entre os anos de 1980 e 1986 produziu, em média, 66,27% das internações, quando se compara o volume de internações realizadas na capital e no estado.

Outra evidência foi que a capital teve maior parcela do número de internação do estado. Enquanto a capital produziu, em 1986, 337.104 internações, o estado fez 36.554. Assim, a capital internou nove vezes mais que o restante do estado. Essa relação permaneceu ao longo dos quatro anos analisados.

As instituições analisadas em separado não mudaram o panorama. O INAMPS, entre 1980 e 1986, tem queda de 17,23% no total de internações, com repercussão mais acentuada nas internações especializadas, que caíram de 685.931 para 485.124, em percentual, de 29,28%. De 1984 a 1986, período das AIS, houve redução de 8,35% no total das internações.

O desempenho dos hospitais da SES evidenciou que há relação direta entre a redução do número de leitos e a diminuição das internações. De 1980 a 1994, as internações diminuíram no percentual de 23,59%, enquanto os leitos tiveram queda de 17,72%. Ao longo dos anos, leitos e internações foram sendo reduzidos, sem que se registrasse movimento e/ou tendência de mudança.

Os números analisados apresentam duas constatações dentro do período analisado:

- primeira, a pequena expansão dos leitos públicos não modificou a tendência da década de redução do volume de internações;

- segunda, a acelerada municipalização, durante o SUDS, foi acompanhada da queda de investimentos nos hospitais, com o início da crise dos recursos humanos. No plano federal, o governo ficou impedido de realizar concursos públicos. No plano estadual, houve êxodo de profissionais no início da década de 90. No plano municipal, não houve cumprimento no repasse de recursos pelo Governo Federal para a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, do convênio que previa lotação de profissionais de saúde, da prefeitura municipal, nas unidades próprias do INAMPS, remunerados com recursos federais. Assim, uma das razões para a redução do número de leitos foi a falta de recursos humanos.

O Emprego em Saúde

Para análise do emprego em saúde foram escolhidas três categorias profissionais de relevância para o desempenho das unidades prestadoras de serviços de saúde - médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. O período estudado mostra que nas três categorias profissionais houve aumento do número de servidores, entre os anos de 1980 e 1992.

Essas três categorias no Estado do Rio de Janeiro têm o mesmo padrão de proporcionalidade entre o empregador público e privado. Em todo esse trajeto, o setor público foi o maior empregador.

Entretanto, o setor privado apresentou maior volume de contratação de profissionais de enfermagem e auxiliares de enfermagem que a rede de unidades públicas. Entre 1981 e 1992 o setor privado empregou 6.705 auxiliares de enfermagem e 936 enfermeiras, em crescimento dessas duas categorias de 146% e 130%, respectivamente. No mesmo período, o setor público empregou 138% em auxiliar de enfermagem e 113% de enfermagem.

No que se refere aos médicos, nessa mesma época, foram contratados majoritariamente pelo setor público. Entre esses anos, aumentou em 46,03% o número desses profissionais no setor público e 19,65%, no privado.

A distribuição dos médicos no estado demonstrou que, em toda a década, a capital e região metropolitana tiveram maior concentração desses profissionais. A capital deteve 70% dos médicos, a região metropolitana 90% e o interior 10%.

A relação entre público *versus* privado, no que diz respeito ao emprego médico no estado, foi favorável ao setor público. Ele absorveu, em média, 65% dos profissionais da capital e região metropolitana, enquanto o interior ficou com 55%.

O aumento do quantitativo de profissionais de saúde na ligação direta com a execução da prática cotidiana não teve correspondência com a produção dos serviços oferecido pelos setores público e privado.

O resultado da equação entre a expansão da rede ambulatorial, a redução de leitos e internações e o relativo crescimento da contratação das três categorias profissionais analisadas não foram suficientes para o aumento da produção dos serviços em todo Estado do Rio de Janeiro.

ANEXO II

Financiamento e Gasto Público em Saúde no Rio de Janeiro

A história das políticas públicas no país foi marcada pela alta centralização de recursos no nível federal, utilizando o instrumentos das transferências negociadas, para o financiamento das ações das instâncias subnacionais de governo.

Assim, segundo Medici (1995), “ao longo dos anos 80, o Governo Federal nunca participou com menos de 70% dos gastos totais do setor. Nesse período, os recursos próprios dos estados nunca chegaram a ultrapassar 20% dos gastos totais com saúde no país”.

Entretanto, foi durante esse mesmo período que o Governo Federal reduziu sua presença na execução direta nos gastos em saúde. A descentralização na área de saúde permitiu que, através das transferências negociadas de recursos, estados aumentassem sua participação no gasto em saúde de 17,8 para 32,8% e o Governo Federal diminuísse sua participação direta de 75,8 para 52,5%.

Segundo Franklin (1994), o gasto público em saúde passou por quatro momentos que podem, assim, ser divididos: o primeiro correspondeu ao fim do “modelo centralizado” (1974-1982), o momento pré-AIS; o segundo, que denomina de “modelo de transição”(1983-1986), correspondeu à implantação das AIS; o terceiro, ao “modelo descentralizado”, foi a implantação do SUDS (1986-1990) e o quarto período, que a autora denomina de “recentralização”, se estendeu de 1990 até 1993 e refere-se ao primeiro momento de implantação do SUS.

Medici (1995), analisando o Estado do Rio de Janeiro, mostrou que, entre 1980 e 1990, o gasto bruto apresentou crescimento médio anual de 10,8%, evoluindo de US\$ 201,9 milhões para US\$ 563,4 milhões. Gasto bruto entendido como a soma dos gastos estaduais com as transferências federais. Contudo, ainda segundo MEDICI, quando são destacados apenas os gastos estaduais, portanto, os gastos líquidos, sem a participação das transferências federais, o estado apresentou apenas 2,8% de crescimento, passando de US\$ 201,9 milhões para US\$ 265,3 milhões. Esses números representaram aumento de 152% de gasto *per capita* em saúde no estado.

Financiamento

A evolução das fontes de recursos para o gasto em saúde ocorreu em três períodos distintos, com oscilações no comprometimento das instâncias federais e estaduais, quanto ao aporte de recursos para a área.

No primeiro período, compreendido entre 1980 e 1983, o financiamento da saúde no Estado do Rio de Janeiro foi predominantemente realizado com recursos próprios de orçamento fiscal do governo estadual (Tabela 4).

Tabela 4
Evolução dos Recursos da Secretaria Estadual de Saúde
do Rio de Janeiro (Valores em Cruzados)
1983-1988

Ano	Recursos Próprios(*)	Variação	%	Recursos INAMPS (*)	Variação	%	Total
1983	19.426.514,20						19.426.514,20
1984	18.833.280,50	-	90,78	1.912.490,90	-	9,22	20.745.771,40
1985	15.846.240,10	-15,90	80,35	3.875.553,70	102,60	19,65	19.721.793,80
1986	36.912.981	139,90	91,16	3.577.821,70	-7,70	8,84	40.490.802,70
1987	37.179.997,50	0,70	75,76	11.897.038,40	232,50	24,24	49.077.035,90
1988	23.043.052,50	-38,00	53,06	20.387.270,50	71,40	46,94	43.430.323

Fonte:- Série Histórica da Despesa da SES-RJ
 Porto, S.; Tobar, F.; 1992. Análise da Política de Descentralização dos
 Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro - mimeo
 (*) Em 1.000 Cruzados de 1988 - índice utilizado

A partir de 1984 deu-se a entrada dos recursos de transferência, após assinatura do convênio das Ações Integradas de Saúde entre o INAMPS e o estado. Nesse ano, o percentual de transferência representou 9,22% do total, enquanto os recursos próprios corresponderam a 90,78%.

De 1985 até 1988, houve queda progressiva dos recursos próprios da SES no financiamento da saúde. Em 1985, o percentual de participação da SES foi reduzido para 80,35%. Foi o início da queda progressiva da participação dos recursos do orçamento fiscal na saúde.

O montante de recursos de transferência do INAMPS para a SES teve seu ápice em 1987 e 1988, momento de implantação do SUDS. Nesses dois anos os valores atingiram 24,24 e 46,94% do total disponível, respectivamente. No que se refere aos recursos próprios, houve redução de 37,58%. Em 1987, o percentual diminuiu para 75,76% e, em 1988, para 53,06%.

Entretanto, o total de recursos (próprios e de transferência) aumentou em 209,34%. Os recursos próprios, do governo do estado, subiram nesse período 22,35%. Em 1984, o governo gastou Cz\$ 18.833.280,20 e, em 1988, Cz\$ 23.043.052,50. Os valores repassados pelo INAMPS aumentaram em 1.066%. Esse montante variou de Cz\$ 1.912.490,9, em 1981, para Cz\$ 20.387.270,5, em 1988. Esses valores demonstram o papel relevante das transferências, pois elas tiveram percentual de aumento mais elevado que os recursos próprios.

Nas AIS, 1985 foi o ano em que o crescimento da participação do INAMPS e a redução dos recursos próprios no financiamento do estado ficaram mais evidentes. Enquanto o repasse do INAMPS para a SES aumentou em 102,6%, o governo do estado reduziu sua participação em 15,9%.

No SUDS, caracterizado por FRANKLIN (1994) de momento descentralizado, a participação do INAMPS é maior. Em 1987, houve aumento de 232% dos recursos do INAMPS e somente 0,7% dos recursos próprios. No ano seguinte, em 1988, o percentual ficou em 71,4 e -38%, respectivamente (Tabela 4).

Esses dados informam que houve crescimento importante do volume de recursos para ações de saúde no estado, tanto próprios, como de transferência, bem como evidenciam que a partir das Ações Integradas de Saúde os recursos de transferência passaram a ter papel significativo para o financiamento da saúde no estado.

É importante lembrar que foi o momento de maior participação estadual nas diretrizes políticas da saúde. Entretanto, sua participação relativa, com os recursos próprios, se tornou ainda mais tímida, quando comparada com o momento anterior.

A partir de 1990, iniciou-se a implantação do Sistema Único de Saúde no estado. Em 1991, o Governo Federal mudou o modelo de financiamento, com a introdução da Norma Operacional Básica de 1991 (NOB 91). Ela introduziu o pagamento por produção de serviços através do sistema AIH para as internações e, para consultas, o sistema de informações ambulatoriais (SIA) em todo o serviço público de assistência à saúde. Com a introdução dessa NOB, foi unificada a remuneração dos procedimentos realizados pelo público e privado de saúde.

O Estado do Rio de Janeiro faturou anualmente, entre 1991 e 1994, segundo o DATASUS, uma média de 1.329.798 AIHs, sendo 7,27% utilizadas pela SES nos seus hospitais, em valores de 96.238 AIHs.

Os valores de AIHs faturadas representaram, em média, 9,83% do total de AIHs faturadas no país. Em 1991 o Estado do Rio de Janeiro apresentou maior montante de AIHs. Nesse ano, enquanto o Brasil computava 14.411.810 AIHs, o Rio de Janeiro perfazia 1.509.230, correspondendo a 10,47%. No mesmo ano, a SES utilizou 89.214 (5,92%) e o setor privado contratado 682.167 (45,20%) (Tabela 5).

Tabela 5
Percentual de AIHs faturadas pelo Rio de Janeiro em
Relação ao Total Faturado pelo Brasil
1991-1994

Ano	Brasil	Rio de Janeiro	%
1991	14.411.810,00	1.509.230,00	10,47
1992	15.441.238,00	1.318.986,00	8,54
1993	15.611.080,00	1.331.492,00	8,53
1994	14.131.471,00	1.159.487,00	8,20

Fonte: Núcleo Estudos em Economia e Saúde. Série de Estudos nº 3

Nesses quatro anos (1991/1994) a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro utilizou, em média, 7,27% das AIHs do estado; as Secretarias Municipais de Saúde 9,44%; o setor privado contratado 49,47%; o filantrópico 16,43%; e o Ministério da Saúde 6,69%.

Esses dados nos confirmam a relação entre o número de leitos e de internações, com predominância para o setor privado contratado, e a produção de serviços, evidenciada no capítulo anterior.

Quanto ao financiamento das consultas ambulatoriais, nos dois anos analisados (1993/1994) o mesmo dado é confirmado, ou seja, os municípios e o setor privado apresentaram os maiores percentuais de consumo de consultas ambulatoriais. Nesses dois anos os municípios foram remunerados pelo Governo Federal, em média, em 26,5% e o setor privado 35%. A rede estadual ficou com 12,5%.

O montante de recursos financiado pelo Governo Federal para consultas e internações foi distribuído, em média, em 45% para rede ambulatorial e 55% para os hospitais.

Gasto

Os gastos realizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro mostraram, que entre 1979 e 1988 as despesas com pessoal e encargos sociais foram os principais elementos de despesa, apresentando, em média, comprometimento de 64,93%. O gasto com investimento, ao contrário, foi o elemento de despesa com menor participação na composição dos gastos da SES, representando 6,54% em média.

Quando esses percentuais são confrontados com os valores reais, verificou-se que as despesas com pessoal apresentaram aumento, entre 1984 e 1987, de 171,5%. Vale lembrar que esse foi um momento histórico das Ações Integradas de Saúde e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no estado.

Entretanto, segundo PORTO e TOBAR (1992), a incorporação dos recursos de transferência não foi suficiente para alterar significativamente a estrutura relativa do gasto em saúde na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Segundo os autores, a fonte de financiamento de convênio com INAMPS “só produziu alterações fundamentalmente no volume de recursos destinados a rubrica pessoal e encargos sociais”, ou seja, os recursos do tesouro ficaram quase exclusivamente com pessoal e os recursos de transferência destinados ao gasto com custeio e investimento.

A Tabela 6 demonstra que a distribuição percentual dos recursos do tesouro e de transferência teve poucas variações entre 1979 e 1988. Os valores do tesouro ficaram entre 63 a 70%, ao passo que os valores de transferência tiveram maiores oscilações. Em 1980, correspondeu a 15,20% e, em 1986, a 3,20% e, nova subida, em 1987 e 1988, com 7,10 e 7,60%, respectivamente.

A execução orçamentária, entre 1981 e 1994, foi ascendente nos anos que corresponderam às AIS e SUDS, para posterior redução progressiva, a partir de 1990. Em 1990, correspondia a 7,95%, do orçamento global, caindo para 3,12% em 1994.

Entre 1983 e 1992, o Município do Rio de Janeiro não teve comportamento diferente na distribuição percentual de recursos, quando comparado com o Estado do Rio de Janeiro. A média da utilização dos recursos do tesouro foi de 73% e, a partir de 1984, os recursos de transferência do convênio com o INAMPS tiveram participação de 27%, em média.

Tabela 6
Composição Percentual da Receita do Estado do Rio de Janeiro
segundo Fontes de Recursos
1979-1988

Ano	Recursos Próprios	Transferências	Operações de Crédito	Receita Total
1979	77,90%	11,80%	10,30%	100,00%
1980	71,50%	9,30%	19,30%	100,00%
1981	76,80%	9,50%	13,60%	100,00%
1982	68,60%	7,90%	23,50%	100,00%
1983	83,20%	11,00%	5,70%	100,00%
1984	88,50%	10,80%	0,70%	100,00%
1985	72,60%	11,60%	15,80%	100,00%
1986	77,70%	11,70%	10,60%	100,00%
1987	59,50%	12,90%	27,60%	100,00%
1988	70,00%	13,00%	17,00%	100,00%

Fonte: Porto, S.; Tobar, F.; 1992. Análise da Política de Descentralização dos Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro - mimeo

Tabela 7
Execução Orçamentária - Participação Percentual por Fonte de Recursos
Estado do Rio de Janeiro
1983-1992

Fontes	Fonte 00 - Tesouro		Fonte 08 - Convênio		Fonte 23 - UCA = AIH		Total
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
Anos							100
198	40.700.065,6	95,1	2.074.279,9	4,85	-	-	42.774.345,6
198	33.218.889,1	95,9	1.418.147,	4,09	-	-	34.637.036,8
198	32.951.681,5	75,06	10.936.292,3	24,92	-	-	43.887.973,8
198	58.142.886,1	100,0	13.106572,6	18,4	-	-	58.142.886,1
198	83.232.549,0	65,02	44.786.877,1	34,98	-	-	128.019.426,
198	68.529.733,4	70,74	28.349.897,9	29,26	-	-	96.879.631,3
198	89.475.824,2	69,38	39.489.592,5	30,62	-	-	128.965.416,7
199	35.321.818,4	54,34	29.677.088,8	45,66	-	-	64.998.907,3
199	147.236.023,5	71,3	9.373.010,7	4,54	49.759.582,4	24,1	206.368.616,8
199	39.013.084,2	63,80	626.550,23	1,0	21.505.162,9	35,1	61.144.797,3

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, in Dal Poz, M.R. Financiamento e Gasto no Sistema Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no Período 84-93, versão preliminar

O financiamento e o gasto no governo do Estado do Rio de Janeiro não apresentaram alterações significativas, que marcassem alguma mudança que pudessem refletir na assistência a saúde. Os números não conseguem traduzir a dinâmica política, os conflitos e as dificuldades na implantação do SUS.

Contudo, esses dados nos informam duas características importantes:

- na primeira, o estado não participou do financiamento para as ações dos municípios. Os convênios foram realizados com o Governo Federal e o repasse dos recursos era realizado em linha direta, sem interferência do estado, desde as Ações Integradas de Saúde;

- na segunda, o Município do Rio de Janeiro mantém, ao longo dos anos analisados, padrão de financiamento independente das finanças e da interferência do estado. Como os demais municípios, mantinha linha direta com o Governo Federal.

Notas

- ¹ Médico. Mestre e doutorando em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ.
- ² Na Constituição de 1891, o município da Corte é elevado à condição de Distrito Federal e parece ser esse o momento que o Rio de Janeiro se separa da antiga província, agora Estado do Rio de Janeiro (BRASILEIRO, 1979).
- ³ Baixada Fluminense era composta pelos municípios de Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Nilópolis, São João de Meriti.
- ⁴ Caracterização dada à postura técnico-sanitarista com a linha de atuação política ligada a Fundação SESP.
- ⁵ Trágico acidente ocorrido no município de Niterói, em 1961.
- ⁶ Esse modelo foi estruturado para responder à demanda do atendimento das grandes emergências e daquela clientela excluída do mercado de trabalho
- ⁷ O aeroporto internacional e o porto do Rio de Janeiro eram porta de entrada para o turismo e os grandes negócios no país, razão pela qual a responsabilidade de exercer a vigilância e proteção contra entrada de patologias e/ou outras doenças transmissíveis de centros urbanos de outros países era do Ministério da Saúde.
- ⁸ Entrevista com Dr. Felipe Cardoso, primeiro Secretário Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. (1975/1979)
- ⁹ Idem.
- ¹⁰ A decisão do grupo de trabalho da fusão, de passar para o estado as unidades hospitalares com serviço de emergência estava em desacordo com as diretrizes da Lei nº 6.229/75 do Sistema Nacional de Saúde, que previa para os municípios a responsabilidade de prestar essa modalidade de atenção à saúde.

- 11 Alguns deles, aparentemente, sem repercussão significativa, como o caso do projeto Austin, realizado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS) em convênio com a Secretaria de Estado de Saúde, assim como o próprio Plano de Pronta Ação (PPA) em convênio da Previdência com o Estado. Entrevista com José Carvalho Noronha, professor do Instituto de Medicina Social - IMS/UERJ e Secretário de Estado de Saúde (1986/1988); e Hésio Cordeiro, professor do IMS/UERJ e Presidente do INAMPS (1985/1988).
- 12 Eram unidades que atuavam no campo da assistência curativa e preventiva. A adoção de outro nome e da sigla UACPS tinha por finalidade diferenciá-la dos postos tradicionais, que só atuavam na prevenção.
- 13 Entrevista com Maria Manoela P.C.A. dos Santos: Chefe de Gabinete da Superintendência Regional do INAMPS (1983/1985) e Secretária de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (1988/1990)
- 14 A eleição do médico, Dr. Waldenir Bragança, para a Prefeitura Municipal de Niterói (1983/1986), com posições políticas, na área de saúde, contrárias ao projeto Niterói, fez com que as atividades, político-técnicas, que vinham sendo desenvolvidas, bem como a equipe técnica do projeto, fossem para o âmbito da CIMS-Niterói.
- 15 Segundo Eduardo Costa, Secretário de Estado de Saúde (1983/1986), a mudança do nome da secretaria para Secretaria de Estado de Saúde e Higiene deveu-se à impossibilidade no âmbito da política interna do governo. A proposta de mudança preferencial seria para Secretaria de Estado de Saúde e Meio Ambiente.
- 16 Os Secretários de Estado de Saúde (1987/1990) foram: Dr. Antonio Sérgio Arouca (seis meses), Dr. José Carvalho Noronha (1987/1989) e Dr^a Maria Manoela dos Santos (1989/1990).
- 17 O concurso para preenchimento das vagas do PESB foi realizado pelo Instituto Vital Brasil, empresa pública de fabricação de medicamentos e vacinas, ligado a SES, porque havia impedimento de realização do concurso para administração direta, bem como foi instrumento utilizado pelo governo estadual para melhor remunerar os profissionais do programa, como também, possibilitar administração flexível.
- 18 O convênio das emergências foi realizado entre a prefeitura e o estado com o INPS, na modalidade de pré-pagamento, para remunerar os atendimentos a trabalhadores do mercado formal nas unidades dessas instâncias de governo.
- 19 As Áreas de Planejamento foram a adaptação para a saúde do Plano Urbanístico do Rio de Janeiro, feito na época de Marcos Tamoio (1975-1978) como prefeito, o chamado IPUB-Rio.
- 20 Entrevista com Luiz Antonio Santini, Secretário Executivo da CIS (1983/1985), Superintendente Regional do INAMPS (1985/1986) e Subsecretário de Estado de Saúde (1986).
- 21 AP 1:Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paquetá e Santa Teresa; AP 2 Sul: Botafogo, Copacabana e Lagoa; AP 2 Norte: Tijuca e Vila Isabel; AP 3.1: Ramos, Penha e Ilha do Governador; AP 3.2: Méier e Engenho Novo; AP 3.3: Irajá, Madureira e Anchieta; AP 4: Jacarepaguá e Barra da Tijuca; AP 5: Bangu, Campo Grande e Santa Cruz.

- 22 Nesse momento houve intensa participação da comunidade, principalmente nas áreas mais carentes, onde se propunha o atendimento integral para toda a população pelas unidades do INAMPS e a melhoria das condições de atendimento, nas unidades do município e do estado.
- 23 Alguns acompanharam o desenvolvimento do projeto através da Direção Geral e posteriormente passaram para os quadros da Superintendência Regional.
- 24 Os coordenadores das regiões de implantação das AIS no estado eram: Metropolitana e Litoral Sul, Dr^a Joice Aragão; Baixadas Litorâneas, Dr^a Regina de Aquino Xavier; Industrial do Médio Paraíba, Dr. César Cereja Chicaybam; Serrana, Dr. João Regazzi Gerk e Norte, Dr. Roberto Parada.
- 25 Para isso, além da assessoria técnica, alguns artifícios foram utilizados, tais como a utilização de recursos já existentes no município, adaptando salas de aula ociosas nas escolas, igrejas, clubes de serviços, transformando-os em consultórios médicos.
- 26 Os diretores dos hospitais do INAMPS tinham ligação direta com a Direção Geral e era praxe dos diretores das grandes unidades hospitalares da Previdência se reportar diretamente ao presidente.
- 27 A Divisão local, nessa disputa, tinha um canal direto técnico e político com a Direção Geral do INAMPS.
- 28 O vereador do PFL, do Município do Rio de Janeiro, Eduardo Paes, em artigo publicado em O Globo, em 05/06/97, sob o título "Malfadada Fusão" diz: "Antes da posse, Faria Lima já brigava com Tamoio. Brizola brigou com aqueles que nomeou e elegeu, de Jamil Haddad, passando por Saturnino Braga, até Marcelo Allencar. Este, hoje, governador, conflitou-se com César Maia e, agora com Conde...". Faria Lima e Leonel Brizola foram Governadores de Estado. Marcos Tamoio, Jamil Haddad, Roberto Saturnino Braga, Marcelo Allencar, César Maia foram prefeitos da cidade do Rio de Janeiro.
- 29 O corpo dirigente do novo governo na área de saúde foi formado por técnicos oriundos do projeto Niterói, da Direção Geral e da Superintendência Regional do INAMPS, desta forma comprometidos com o projeto político da Reforma Sanitária, desde a introdução das Ações Integradas de Saúde no estado.
- 30 Vale lembrar que a SES, até então, desempenhava o papel de vigilância sanitária e epidemiológica, apesar de, também, manter em funcionamento unidades hospitalares de cunho assistencial-curativo, localizadas em sua maioria no Município do Rio de Janeiro.
- 31 Recepção, revisão, ordenamento do pagamento de faturas ambulatoriais, radiológicas, laboratórios e outros serviços auxiliares de diagnose e terapia, bem como as autorizações para internação hospitalar (AIHs). A função de envio, recolhimento dos documentos dos hospitais, supervisão, auditoria e encaminhamento para processamento na DATAPREV, passou a ser de responsabilidade dos municípios.
- 32 Somente os hospitais estaduais Ferreira Machado, em Campos; Sanatório Alcides Carneiro, em Petrópolis; Maternidade de Nova Friburgo, em Nova Friburgo e os hospitais Psiquiátrico de Jurujuba e o pediátrico Getúlio Vargas Filho, ambos em Niterói, foram municipalizados
- 33 Ele foi viabilizado através da admissão do pessoal pelo Instituto Vital Brazil, solução adotada para contornar a impossibilidade momentânea de contratação por concurso público pela administração direta.

- ³⁴ Os Conselhos **Comunitários e Associações** de Moradores da Baixada reuniam-se, periodicamente, com a **finalidade de acompanhar e analisar o desempenho e desenvolvimento do programa.**
- ³⁵ Entrevista com **Eduardo Costa e Hésio Cordeiro.**
- ³⁶ Entretanto, a **crise financeira** do estado e a conseqüente retração de recursos para SES não possibilitaram dar prosseguimento ao programa. Nessa ocasião tais unidades são **municipalizadas. A baixa capacidade política de investimentos dos municípios, dependentes do INAMPS e o lobby do setor privado local, principalmente aqueles ligados aos laboratórios de análise clínica, contribuíram para que se dificultassem as absorções e a garantia de funcionamento dessas unidades pelas prefeituras.**
- ³⁷ **Grande parte** dessas unidades, após municipalizadas, passaram a funcionar como serviço de pronto-atendimento
- ³⁸ Outro investimento na região foi a proposta de construção de dois hospitais gerais para Saracuruna, em Duque de Caxias, e outro em Queimados, porém as obras não foram sequer iniciadas.
- ³⁹ Na grande maioria das vezes, suas resoluções giravam em torno de distribuição de cotas de AIH, com os acertos necessários entre os municípios, principalmente aqueles de referência regional.
- ⁴⁰ Vale lembrar que o Município do Rio de Janeiro, embora sem estar descentralizado, participava das decisões políticas, uma vez que representava parcela expressiva da população do estado, bem como pela qualidade e complexidade da rede de serviços públicos das três esferas de governo nele existentes.
- ⁴¹ O fundo rotativo tinha como **objetivo capacitar gradualmente as unidades para operação dos procedimentos de compra, contratação e administração orçamentário-financeira, cujo produto final seria transformá-las em instâncias gestoras autônomas de recursos, sob o comando e ordenação de despesas da direção da unidade.**
- ⁴² Exemplo dessas ações/decisões foi a utilização de parte dos leitos do Hospital Estadual Santa Maria, unidade de **tisiologia** da AP4, como leitos de apoio aos hospitais gerais no tratamento a pacientes **terminais e pós-cirúrgicos.**
- ⁴³ No Governo Federal há **saída de Hésio Cordeiro** da Presidência do INAMPS e de Renato Acher do MPAS
- ⁴⁴ Eduardo Costa, em **artigo não publicado: "SUDS o cruzado da Saúde".**
- ⁴⁵ Os **Secretários de Estado de Saúde** durante a gestão do Governador Leonel Brizola (1991/1994) foram: **Pedro Gomes Valente (1991/1992), Luiz Cadorna (1992/1993) e Astor de Mello (1993/1994).**
- ⁴⁶ A **média de 3,2 consultas habitante/ano** passa para 2 consultas habitante/ano.
- ⁴⁷ Entrevista com **José Gomes Temporão**, Subsecretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro(1991/1992).
- ⁴⁸ Esse **fato foi importante** passo na confecção dos distritos sanitários, com manutenção do **controle social e da participação** da comunidade organizada nas diretrizes regionais.
- ⁴⁹ Em 1997, **somente oito municípios** estão em gestão semiplena. São eles: Nova Friburgo, Duque de Caxias, Niterói, Volta Redonda, Angra dos Reis, Mangaratiba, Rezende e Itaguaí.

- ⁵⁰ Entrevista com Gilson Cantarino, Secretário Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Niterói e Presidente do CONASEMS
- ⁵¹ Os representantes do Governo Federal no Rio de Janeiro no período (1991/1994) foram: Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle - Aparício Marinho e Augusto Franco; Escritório de Representação - Augusto Franco e Nildo Aguiar.
- ⁵² O processo de descentralização e municipalização das unidades federais foi testada, com a experiência da co-gestão do Hospital Geral de Bonsucesso (GERSCHMAN, 1995). Ele vivenciou experiência de gerência conjunta, com conselho diretor composto por representantes das três esferas de governo. Contudo, as irregularidades e os atrasos nos repasses financeiros do Governo Federal para o hospital contribuíram para o fracasso da tentativa.
- ⁵³ É importante lembrar que as unidades federais do município do Rio de Janeiro não foi municipalizada
- ⁵⁴ Somente em 1996, ocorreu a pré-municipalização dos PAMS, maternidades e da colônia Juliano Moreira.
- ⁵⁵ Quando não existe primazia entre os responsáveis pela execução do encargo, mas ao contrário, supõe-se a igualdade das diversas esferas federativas, que devem agir em conjunto, sem que o exercício de um venha a excluir a competência de outro, fala-se em competência comum”(DALLARI, 1994)

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Relatório final da reunião de trabalho sobre ações integradas de saúde*. Saúde em Debate, n. 17, p. 23-24, 1984.

_____. *A experiência SUDS e os desafios atuais da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

ALENCAR, M. Enquanto é tempo. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 26 fev. 1996. p. 9.

ALMEIDA, M.H.T. Federalismo e políticas sociais. In: FEDERALISMO no Brasil: descentralização e políticas sociais. São Paulo: FUNDAP, 1996. P. 13-40.

BATISTA JR, P. N. *A crise dos Estados. Folha de São Paulo*. São Paulo, s/d, 1997. Opinião Econômica, s/p.

BRASIL. Lei nº 8142, de 29 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências financeiras na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 1990. s/p.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. *s/p*.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde*. Brasília: Assessoria de Comunicação Social/Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição Federal de 1988*. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASILEIRO, A.M. *A Fusão: análise de uma política pública*. Brasília: IPEA/IPLAN, 1979.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

DAL POZ, M.R.; NUNES, N.V.P.; CHORNY, A.H. *algumas considerações sobre a política de saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: [s. n.], 1978. Mimeografado.

DAL POZ, M.R. *Entre o prescrito e o realizado: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e sua repercussão na política de recursos humanos em nível municipal*. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L. *A CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: 1983-1988: articulação ou articulação institucional*. Rio de Janeiro: ENSP, 1991. Mimeografado.

FRANKLIN, A.M. *Os Dilemas da municipalização da saúde no contexto de uma região metropolitana: o caso de Campinas*. 1995. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade de Campinas, Campinas.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. P. 81-83; 161-163.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório de gestão da Secretaria de Estado de Saúde 1987-1990*. Rio de Janeiro: A Secretaria, 1990. P. 7-32.

_____. *Relatório de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde 1991-1992*. Rio de Janeiro: A Secretaria, 1992. P.3-23.

_____. *Rio Saúde: relatório de gestão da Secretaria de Estado de Saúde 1987-1989*. Rio de Janeiro: A Secretaria, 1989. p. 7-27.

LEVCOVTZ, E. et. al. *Descentralização e gestão dos serviços de saúde: uma avaliação do SUS: relatório final*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993.

LEVCOVTZ, E.; PEREIRA, T. R. *Do SUDS ao SUS: descentralização e gestão nos estados da região sudeste*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. Relatório de Pesquisa.

MARTINS, C. E. Da globalização da economia à falência da democracia. *Economia e Sociedade*. Campinas n. 6, p.: 1-23, 1996.

MEDICI, A.C.; MACIEL M.C. A dinâmica do gasto social nas três esferas de governo: 1980-92. In: *FEDERALISMO no Brasil: descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996. P. 41-106.

MEDICI, A.C. Aspectos da crise dos sistemas estaduais de saúde nos anos 80: uma análise do Rio de Janeiro e São Paulo. *Notas Técnicas*. São Paulo, n. 12, p. 1-9, 1995.

_____. Políticas sociais e federalismo. In: AFFONSO, L.; SILVA, B. A. (Orgs.) *A Federação em perspectiva: ensaios selecionados*. São Paulo: FUNDAP, 1995. P. 285-304.

_____. Descentralização e gastos em saúde no Brasil. In: *FEDERALISMO no Brasil: descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996. P. 297-376.

MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. P. 100-149.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nova política de financiamento do SUS*. Brasília, DF: O Ministério, 1991. (Coletânea de legislação básica).

_____. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei*. Brasília, DF: O Ministério, 1993.

_____. *Carta política do Ministério da Saúde*. Brasília, DF: O Ministério, 1995. P. 1-17. Mimeografado.

NETO, A. F. P. *O modelo de assistência médica de Pedro Ernesto (1932): algumas considerações*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 119).

- NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: TAVARES, R.; GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e sociedade nos anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. P. 73-112.
- OLIVEIRA, F. A crise da Federação: da oligarquia à globalização. In: AFFONSO, L.; SILVA, B. A. (Org.) *A Federação em perspectiva: ensaios selecionados*. São Paulo: FUNDAP, 1995. P. 77-90.
- PAES, E. Malfadada fusão: outra opinião. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 5 jun. 1997. p. 6.
- PORTO, S.; TOBAR, F. *Análise da política de descentralização dos serviços de saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: [s. n.], 1992. Mimeografado.
- REIS, C. O. O. *AIH nos tempos do real*. [S.l.]: Núcleo de Estudos em Economia e Saúde, 1996. (Série de Estudos conjuntura do financiamento setorial, nº 3). Versão preliminar.
- _____. *Gastos ambulatoriais no Estado do Rio de Janeiro*[S.l.]: Núcleo de Estudos em Economia e Saúde, 1996. (Série de Estudos conjuntura do financiamento setorial, nº 4). Versão preliminar.
- BRASIL. Resolução INAMPS nº 258 de 07 de janeiro de 1991. *Aprova a Norma Operacional Básica nº01/91*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [199-]. P. 55-75 (Coletânea de legislação básica do SUS, 5).
- RIO DE JANEIRO (Estado). Constituição, 1989. *Constituição do Estado do Rio de Janeiro*. Niterói: Imprensa Oficial, 1989.
- SILVA, P.L.B.; COSTA, V.L.C. Descentralização e crise da Federação. In: AFFONSO, L.; SILVA, B. A. (Orgs.) *A Federação em perspectiva: ensaios selecionados*. São Paulo: FUNDAP, 1995. P. 261-284.
- VIANA, A.L. *Sistema e descentralização: a política de saúde no Estado de São Paulo nos Anos 80: formação e tensões*. 1994. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade de Campinas, Campinas.
- _____. *Modelos de intervenção do Estado na área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995. (Série Estudos em saúde coletiva, n. 118).

_____. SUS: entraves à descentralização e propostas de mudança. In: AFFONSO, L.; SILVA, B. A. (Orgs.) *A Federação em perspectiva: ensaios selecionados*. São Paulo: FUNDAP, 1996. P. 269-296.

VIANA, S.; PIOLA, S. Descentralização e repartição de encargos no Sistema Único de Saúde-SUS. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, DF, n. 5, p. 143-160, 1991.

VIANNA, S. M. et al. *O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para Estados e Municípios*. Brasília, DF: OPAS, 1990. (Série Economia e Financiamento, n. 1).

Entrevistas

- 1) Eduardo Costa: Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1983/1986).
- 2) Felipe Cardoso: Primeiro Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (1975/1978). Subsecretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1989/1990).
- 3) Gilson Cantarino: Secretário Executivo da CIMS- Niterói, Secretário de Saúde da Prefeitura Municipal de Niterói e Presidente do CONASEMS.
- 4) Hésio Albuquerque Cordeiro: Presidente do INAMPS (1986/1988).
- 5) José Carvalho Noronha: Secretário Executivo da CIMS do Rio de Janeiro, Chefe de Gabinete e Secretário de Medicina Social da Direção Geral do INAMPS (1985/1987). Secretário de Estado de Saúde (1987/1989).
- 6) José Gomes Temporão: Secretário de Planejamento da Direção Geral do INAMPS (1985/1988) e Subsecretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1991/1992).
- 7) Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva: Secretário Executivo da CIS (1984/1985). Superintendente Regional do INAMPS do Rio de Janeiro (1985/1986). Subsecretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1987)

8) Maria Manoela Pinto Carneiro Alves dos Santos: Chefe de Gabinete da Superintendência Regional do INAMPS do Rio de Janeiro (1983/1985). Subsecretária de Estado de Saúde para Assuntos do Interior do Rio de Janeiro (1987/1989). Secretária de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1989/1990).

9) Nildo Eimar Almeida Aguiar: Superintendente Regional do INAMPS (1983/1985). Diretor do Escritório de Representação do Ministério da Saúde (1995/1996).

ABSTRACT

Building-up the State Health System: Antecedents and Ways of Insertion

The construction of a Unified Health System in a country with a federal system of government constitutes a challenge to the extent that government authorities whose autonomy is guaranteed by the Constitution must establish agreed guidelines for their relationship in order to maintain their right to exercise their power within their respective territorial limits, as well as in order to share this same power at times, in specific acts and in carrying out general and sectorial policies. Thus, the construction of a system where various degrees of hierarchy exist, means making compatible the various specific powers that are characteristic of the scope of each sphere of government.

Based on this premise, this article analyzed the formation of a State Health System in the state of Rio de Janeiro from the point of view of decentralization and intergovernmental relations. For this, the formation of the federal state in 1975, from the merger of the former state of Guanabara (municipality of Rio de Janeiro) with the state of Rio de Janeiro was taken as a starting point.

In the whole history of the formation of this system, it was observed that there are no signs that the merger occurred in the health area. The municipality of Rio de Janeiro acts autonomously, referring to itself only, without depending on the state, and maintains direct relations with the federal government. It shows that all the times of change in the area of health were intimately related to federal transformation in the country. Each change has a characteristic: Pre-AIS, the state governments act independently; in the AIS, the federal authority is supreme - centralized federalism; in the SUDS,

the state takes command - return to the politics of the state governors, and in the SUS, there is federal chaos and the municipalities organize themselves autonomously - there is a lack of definition in the role of the states and the federal government reduces its role in social policies.

The rhythm of the transformation from centralized federation to co-operativism that has been occurring in the general and sectorial spheres produces various complexities, depending on the state, on the social set-up and on its history, which is the reason why the state of Rio de Janeiro faithfully portrays the social-political-cultural nuances present in the current changes, whose course is still uncertain.

Keywords: Sistema de Saúde; SUS; descentralização.

Recebido em: janeiro de 2001.

Aprovado em: fevereiro de 2001.