

As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório

Policy-making tiers and the decision-making process in the Unified Health System (SUS) in the State of Rio de Janeiro

Ionara Ferreira da Silva ¹
Maria Eliana Labra ²

¹ Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rua Laura de Araújo 36, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ 20211-170, Brasil.
² Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480, 7º andar, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.
ionara@ensp.fiocruz.br
labra@ensp.fiocruz.br

Abstract *The literature concerning governmental policy-making generally encompasses the entire policy-making field. This study focused on one particular aspect of this process in the State of Rio de Janeiro, from January 1998 to July 1999: the formal decision-making tiers represented by State Health Council (CES) and the Bipartite Inter-Managerial Commission (CIB), as well as the relationships between these councils and the State Health Secretariat (SES), which holds political responsibility for approving or rejecting decisions and is thus a key player in the implementation of the Unified Health System (SUS) at the State level. Despite the political confrontation among the SES, CIB, and CES, we have observed that the new design in health policy vis-à-vis the decision-making process has fostered increasing influence by social actors involved in decisions and that the negotiated arrangements, although the result of a given correlation of forces, have favored the democratization of policy-making in the health sector.*

Key words *Health Policy; Policy Making; Decision Making*

Resumo *Em geral, a literatura sobre o policy-making governamental refere-se a todo o processo de formulação das políticas. Neste estudo, examinamos, no período de janeiro de 1998 a julho de 1999, um aspecto desse processo no Estado do Rio de Janeiro, qual seja, as arenas decisórias representadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na qualidade de espaços formais de decisão das políticas de saúde, bem como a relação desses colegiados com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) como instância de aprovação e veto e, portanto, fundamental na implementação do SUS no estado. Apesar de confrontos políticos observados entre a SES, a CIB e o CES, percebe-se que o desenho dessa política vem possibilitando a maior influência de atores sociais envolvidos nas decisões, e que os arranjos de pactuação, embora frutos da correlação de forças em cada conjuntura, propiciam a democratização do policy-making setorial.*

Palavras-chave *Política de Saúde; Formulação de Políticas; Tomada de Decisões*

Introdução

Como qualquer política pública, a política de saúde é fruto de um complexo processo de negociações e confrontações que envolve a burocracia pública, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesses e organizações da sociedade civil. As instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS), na qualidade de espaço de embates e de escolhas políticas e técnicas, assumem elevado grau de importância na determinação dos rumos das políticas setoriais. Estas se pautam por diretrizes contidas na Constituição de 1988 (Brasil, 1988), nas Leis 8.080 e 8.142, de 1990 (Brasil, 1990a, 1990b), e nas Normas Operacionais Básicas (NOB) (MS, 1996), que respaldam a implementação do SUS. Trata-se, portanto, de decisões interinstitucionais que envolvem relações intergovernamentais entre a União e os entes subnacionais, buscando a cooperação para o sucesso de descentralização da política de saúde. Embora a agenda da saúde contemple as diretrizes políticas já emitidas na legislação maior e nas determinações do Ministério da Saúde, no plano estadual e mesmo municipal há ampla margem para inovações e redimensionamentos que, contudo, devem ser objeto de deliberação e decisão nos respectivos colegiados.

Metodologia

As instâncias colegiadas do SUS são *locus* cruciais para compreendermos o processo decisório setorial e suas implicações para a política de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Para estudá-las, fizemos uma pesquisa de caráter exploratório e qualitativo, em virtude da própria natureza do objeto de estudo. Realizamos, portanto, uma primeira aproximação à questão, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento teórico metodológico da investigação do *policy-making* na área da saúde.

Utilizamos as técnicas do estudo documental, da observação participante e da entrevista. O estudo documental incluiu exame das atas do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no período de janeiro de 1998 a julho de 1999, bem como revisão das publicações desses colegiados, do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) e de outras fontes consideradas pertinentes. Em relação à observação participante, esta foi realizada no mesmo período de análise das atas, nas reuniões do CES e da CIB. Quanto às entrevis-

tas, foram realizadas 17 com diversos atores envolvidos nos trabalhos dessas instâncias, os quais tiveram sua identificação preservada por motivos éticos. Para uma versão ampliada desse trabalho (Silva, 2000).

As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro

Em consonância com a Lei 8.142 de 1990, o CES-RJ foi instituído em 1991. Tem caráter deliberativo, é responsável pela elaboração e atualização da política estadual de saúde, bem como pela fiscalização e controle de programas e ações (CES-RJ, 1996). A CIB-RJ foi instituída em 1993. Seu regimento a define como instância privilegiada de negociação e decisão do SUS na esfera do estado, tendo por finalidade acompanhar todos os aspectos operacionais da descentralização, do financiamento e da habilitação no âmbito municipal (CIB-RJ, 1997). Trata-se de instâncias corporativas com naturezas diferenciadas.

Nos conselhos de saúde, existem diversos tipos de representação, enquanto nas comissões intergestores, a representação seria propriamente corporativa, dado que é o COSEMS-RJ que indica seus representantes. Esta é uma associação do tipo institucional de domínio exclusivo, diferentemente das organizações de usuários, profissionais e provedores, cuja representação não é monopólica, ou seja, dentro de cada segmento podem existir várias entidades, com abrangência e natureza diferentes, que podem se fazer representar nos conselhos.

Podemos então diferenciar o Conselho de Saúde (CS) da CIB. O CS representa interesses organizados e formalmente reconhecidos pelo Estado, possui *status* público e legitimidade, além de integrar o processo político na medida em que interfere na definição das políticas de saúde. Diferentemente, a CIB seria uma instância de caráter técnico, que busca viabilizar as normas do SUS. Entretanto, ambas as arenas têm caráter corporativo, porquanto, para participar delas, seus membros devem pertencer à alta burocracia setorial estatal ou a uma associação organizada legalmente.

No entanto, as chances de as categorias sociais influenciarem o processo decisório são desiguais, uma vez que o acesso e o controle dos meios de produção, de organização e de comunicação são também desiguais (Offe, 1991). No caso da política de saúde, todavia, a legislação do SUS estabeleceu a paridade de representação entre os membros institucionais e não institucionais, para eliminar ou diminuir as desi-

gualdades entre as categorias e equilibrar as forças sociais.

Funcionamento do CES e CIB no Rio de Janeiro

A legislação relativa ao CES e à CIB, assim como os respectivos regimentos, estabelece clara divisão de atribuições entre essas arenas. No entanto, uma primeira questão que ressalta da nossa análise é, justamente, a confusão entre os papéis de cada instância, o que gera relações conflituosas e recriminações, seja por inoperância ou por invasão de campo.

Em nível nacional, a CIB foi criada após os CS para servir como espaço de articulação, negociação e pactuação entre os gestores do SUS, diante da necessidade de agilizar a descentralização, da qual os CS não dariam conta. Com efeito, a CIB-RJ se destacou como espaço fundamental para descentralizar as decisões sobre alocação de recursos do SUS, além de estabelecer uma ação mais transparente entre os gestores, tendo se legitimado como importante fórum para discussão de todos os aspectos operacionais do difícil curso da municipalização. Quanto ao CES-RJ, este não se destacou como instância fundamental no processo decisório setorial, mais em virtude da falta de apoio ou respaldo por parte da SES – Secretaria Estadual de Saúde – do que pela sua desmobilização.

Na comparação, em consequência, a CIB aparece como sendo mais ágil que o CES, e isso é atribuído ao fato de aquela ser uma instância eminentemente técnica. Por outro lado, a politização do CES seria um fator que geraria paralisações a ponto de este não intervir apropriadamente nas questões que lhes são pertinentes. Membros do CES defendem-se. Consideram que a CIB toma a dianteira em matérias que competem ao CES:

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

Em suma, a questão que se coloca é a pouca clareza na relação entre o CES e a CIB, o que tanto a CIB, quanto o COSEMS-RJ, atribuem ao fato de o CES ter um caráter diferente, politizado, ora avançando, ora abstendo-se em face de determinados assuntos. Isso revela, na verdade, uma crise de identidade do CES, a qual, após a criação da CIB, tem-se tornado cada vez

mais evidente. Aliás, esse fenômeno poderia ser generalizado para a maioria dos CS do País, constituindo, portanto, um ponto de extrema importância para o bom funcionamento da gestão compartilhada na implementação do SUS.

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

Negociações nas instâncias: conflitos e acordos

Tanto o CES como a CIB têm o propósito de sempre buscar acordos evitando tomar decisões pelo voto. No CES, é freqüente a votação, diferentemente do que ocorre na CIB, que procura esgotar a discussão, ainda que seja necessário adiar questões para reuniões seguintes. Neste caso, o consenso é visto como elemento fundamental para produzir resultados satisfatórios a fim de estabelecer diretrizes mais permanentes. A proposta de trabalhar a partir do consenso incentiva a manifestação de todos os atores envolvidos e, por isso, as discussões levam a tensões entre as partes. No entanto, os avanços têm sido consideráveis no que diz respeito à distribuição e alocação de recursos, na medida em que a CIB possibilita eliminar ou atenuar o clientelismo, conchavos ou apadrinhamento.

Reiterando, a existência de colisões no processo decisório da CIB é uma constante, mas a resolução dos problemas através do consenso permitiu que muitos assuntos fossem aprovados, como Reforço para Reorganização do SUS (REFORSUS), Programação Pactuada e Integrada (PPI) e habilitação do Município do Rio de Janeiro. Nesses entraves nas relações intergovernamentais, inerentes ao *policy-making*, a CIB cumpre papel extremamente importante justamente porque busca discutir e contornar situações conflituosas de forma democrática.

Independente da forma como são negociadas as decisões nas instâncias colegiadas do SUS, seja através de votação, ou após o esgotamento da discussão, o desempenho de cada instância, a relação entre as mesmas e a condução das propostas aprovadas sofrem constante influência da SES, ator decisivo na política estadual.

O papel da SES-RJ

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

Alguns atores comentam que a NOB-96 (MS, 1996) não deixa claro o papel do estado ao propor a descentralização radical para os municípios. Esse problema deriva da Constituição de 1988, que redefiniu aspectos tributários e financeiros do Pacto Federativo, mas não determinou as correspondentes obrigações das unidades subnacionais. Por outro lado, a proposta da municipalização não é anular o papel da SES, mas, sim, atribuir-lhe uma função de programação, fiscalização, regulação e coordenação de todos os aspectos operacionais, além de prestar assistência técnica e financeira. O objetivo é possibilitar aos municípios o desenvolvimento de uma política local com autonomia, mas visando à unicidade do sistema em todo o estado.

No entanto, a SES-RJ não teria cumprido sua função de promotora da política descentralizada e regional das ações na implantação do SUS. Como alguns atores denunciam, *“em diversos momentos a SES estava competindo com os municípios na atenção à saúde”* (Entrevista 8). Como a SES-RJ não queria abrir mão da prestação de serviços, sua função intermediadora das relações municipais ficou confusa, mesmo porque disputou recursos financeiros com os municípios.

Esse comportamento, que não é particular ao Rio de Janeiro, transparece na forma como a SES conduziu o processo de habilitação do Município do Rio de Janeiro, em 1998, pela NOB-96, exercendo seu poder de veto, bloqueando o pleito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e provocando impasses insuperáveis que exigiram a intervenção do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A condução da política de saúde no estado depende, como já comentamos, da atuação da SES, que pode ser avaliada em dois sentidos contrapostos. Por um lado, a SES é uma instância forte porque, na qualidade de autoridade máxima do Executivo estadual no setor, preside a CIB e o CES e, pelas normas, deve coordenar, pactuar e aprovar ou vetar resoluções. Por outro lado, porém, a sua contribuição para o fi-

nanciamento do SUS nos municípios é ínfima ou mesmo nula. Esses dois papéis contraditórios da SES refletiram na relação desta com o CES e a CIB, destacando a questão do financiamento como o ponto crucial dos embates. Outros focos de discussão, como o controle social, foram alvo de controvérsias, em virtude da forma como a SES conduzia as discussões. No próximo tópico, apresentamos algumas considerações a esse respeito.

Relação entre CES, CIB E SES

A relação boa ou ruim entre essas instâncias depende de uma correlação positiva ou negativa entre as forças políticas (por causa de posições estratégicas na arena política, influência partidária e poder de veto) e da capacidade dos atores para colocar seus interesses e influir nas decisões. Por sua vez, a atuação da CIB e do CES vai ser incentivada ou inibida dependendo da forma autoritária ou democrática de a SES exercer o poder.

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

Para a instalação da CIB no Rio de Janeiro, em 1993, ao contrário, houve grande dificuldade devido à crise que a SES vivia na época, quando foi constante a troca de secretários, fato interpretado como *“falta de comprometimento desses gestores com o SUS da forma como foi colocado pelo movimento sanitário”* (Entrevista 7). Em contrapartida, o MS decidiu que não repassaria recursos enquanto a CIB não fosse instalada. Desse modo, a sua instituição resultou de pressões do Executivo Federal, mas a CIB logo sofreu forte interferência da SES quanto à condução das decisões e aos vetos. Essa atuação foi muito clara na gestão Alencar. Segundo um membro da CIB:

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

Quanto às relações entre CES, CIB e SES cabe uma consideração adicional. A participação do CES na CIB, aprovada no regimento desta, não significou maior aproximação entre os co-

legiados, permanecendo ainda a ausência do CES nas reuniões da CIB, além de não-homologação das deliberações daquele. Isso, inclusive, reflete-se em 14 estados que não cumprem o estabelecido pela legislação quanto a submeter as decisões da CIB à apreciação do CES (SAS/MS, 1999).

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

O controle social depende de que as decisões e informações sejam compartilhadas democraticamente, em particular as relativas ao processo decisório da CIB. Mas, como a CIB não é um fórum aberto para os demais segmentos da sociedade, a estes fica apenas o CES para se pronunciarem. Além disso, a transparência das decisões é ofuscada pelo fato de serem publicadas no Diário Oficial sem divulgação prévia, impedindo um acompanhamento permanente. Seria preciso, portanto, que todos os membros do CES tivessem acesso aos documentos, às atas e às informações que dizem respeito à condução da política de saúde. A esses entraves ao controle social juntam-se dificuldades derivadas do linguajar técnico, muitas vezes incompreensível para os leigos.

Analisando as atas de 1998 e 1999, percebe-se que, na CIB, há ausência de discussões acerca de projetos para o estado. Diferentemente, no CES, há uma forte preocupação com a 3ª Conferência Estadual de Saúde, fórum de maior importância para o estabelecimento de diretrizes para a política estadual de saúde. Isso se deve à natureza diferente de cada arena, contudo deveria existir complementaridade entre Conferência, CES, CIB e SES, para que as ações fossem convergentes, tendo em vista o interesse geral.

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

Os CS também funcionam como espaços de denúncias, em particular quando se constata irregularidades, e os conselheiros formulam propostas para enfrentamento e solução das mesmas. No caso do CES-RJ, registramos muitas denúncias, mas sem alternativas concretas para intervenções e/ou mudanças e, quando isso acontecia, o CES não teve o respaldo da SES. É fato que o CES incentiva a participação social na política pública, todavia, como se disse, essa possibilidade é coibida em razão da falta de apoio do Executivo estadual, por um lado e, por outro, pela escassa articulação dos conselheiros, em particular dos representantes dos usuários.

Mesmo quando os atores têm consciência de seus papéis e estão comprometidos com a consolidação do SUS, é comum a ocorrência de oposições, discordâncias e demoras na tomada de decisão, fenômeno este concreto tanto no CES, como na CIB. Num fórum democrático, onde todos têm direito de participar e expor suas idéias, a obtenção do consenso é mais demorada, no entanto esses mesmos espaços oferecem a possibilidade de elaboração e pactuação de políticas mais sustentáveis. Mas, como vimos, diversos fatores concorrem para que isso não aconteça.

Temas em debate

As atas do CES de 1998-1999 mostram que um dos pontos mais debatidos nas reuniões foi a realização da 3ª Conferência Estadual de Saúde. As atas da CIB do mesmo período, por sua parte, mostram preocupação com questões técnicas tais como teto financeiro e habilitação dos municípios. A seguir, tecemos comentários, com base nas entrevistas e na observação participante, sobre controle social, financiamento e habilitação, que são os tópicos discutidos com mais frequência no período analisado (1998-1999). A análise considera a gestão dos governadores Marcello Alencar e Anthony Garotinho.

Controle social

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

Em começos de 1999, o CES-RJ ainda apresentava comportamentos condicionados pela

forma como foi tratado durante o governo Alencar, cuja gestão os atores caracterizam como autocrática e centralizadora, por não partilhar as discussões com o CES e desconsiderar as propostas deste no que se refere à política de saúde estadual. Esse desrespeito foi bem ilustrado quando, na gestão de 1997-1998 do novo Secretário Estadual de Saúde, o CES se pronunciou contra as terceirizações dos hospitais. Como a SES se mostrou inflexível em suas decisões, o CES procurou reverter essa política apresentando denúncias à Justiça. Mas, como disse um entrevistado, *“o judiciário é extremamente lento, e quando dá alguma posição, acaba o mandato do governo”* (Entrevista 12).

Isso foi o que aconteceu na prática até a mudança do governo estadual. Enfim, esse evento mostrou claramente os constrangimentos que existiam no período analisado para o efetivo desenvolvimento do exercício do controle social.

Financiamento

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

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

Além disso, é de fundamental importância tornar pública a forma de utilização dos recursos do SUS, independente de sua precariedade, sendo imprescindível que a SMS preste contas ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a SES o faça ao CES, para difundir a informação a respeito não somente do orçamento setorial global, mas, sobretudo, de sua distribuição e destinação. Quanto a isso, a proposta que vem sendo discutida é a implementação de um sistema nacional de acompanhamento, auditoria e avaliação destinado a estabelecer uma cultura gerencial assentada em parâmetros de racionalização de gastos para melhorar a deficiente relação custo/benefício atual em matéria de financiamento.

Habilitação

As atas da CIB mostram que a discussão sobre habilitação esteve presente em quase todas as reuniões no período analisado. Em janeiro de 1998, nenhum município do Rio de Janeiro estava habilitado pela NOB 96, e, em abril de 1999, 100% já estavam habilitados em alguma gestão, sendo vinte na gestão plena do sistema municipal e 71 na plena da atenção básica (MS, 1999). O estado ainda não foi habilitado em nenhuma gestão, e o papel dele na política de saúde não foi muito discutido na CIB; em contrapartida, esta avançou na discussão sobre a aplicação das normas nacionais no nível local.

Um dos principais temas que se destacaram pela dificuldade de obtenção de consenso foi o caso da habilitação do Município do RJ. Apesar da vasta e complexa rede do município, a SES concordava apenas com a habilitação na gestão Plena da Atenção Básica, mas não na Plena do Sistema, como foi solicitado pelo município. Também discordou da gerência municipal sobre a rede hospitalar e unidades estaduais (CIB, 1998).

Diante desse fato, as relações entre a SES e a SMS da capital ficaram muito tensas. Essa postura gerou intensos antagonismos entre a SES e as instâncias que se colocavam a favor da habilitação do Município do RJ, como CIB, COSEMS-RJ, SMS-RJ e CES, e esse processo foi se estendendo até o fim da gestão Alencar, quando foi derrotado o candidato da situação.

Influência político-partidária

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

Raros são os atores que não reconhecem a influência partidária. E, entre aqueles a negá-

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

De outro lado, tal como normalmente ocorre nas democracias pluralistas, observamos durante nossa pesquisa a influência dos partidos, seja beneficiando ou obstaculizando as políticas públicas e, portanto, também a política de saúde. Assumindo que a ideologia partidária à qual se afilia o governador se orientava pelo princípio de mercado, um gestor afirma:

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

Na realidade, raramente o secretário municipal vai atuar independente da filiação partidária ou da bandeira política do prefeito, pois a este deve fidelidade em primeiro lugar. Como denuncia um membro da CIB, “infelizmente existe o desejo do próprio prefeito até nas emendas parlamentares, que podem diferir das normas técnicas” (Entrevista 4).

Como já citado, o COSEMS-RJ, tem por objetivo representar os secretários municipais visando à integração técnico-administrativa dos municípios, além de indicar os titulares e suplentes da CIB. No curso da descentralização das ações e da municipalização, o papel do COSEMS-RJ é valorizado, e segundo o destaque de um ator, “onde o COSEMS esteve mais organizado, mais politizado e articulado, o processo de habilitação foi mais ágil” (Entrevista 6).

Sendo uma entidade de representação de todos os secretários, “o COSEMS possui uma atuação suprapartidária, centrada na busca da saúde da população” (Entrevista 3). Esse papel é explicitado em estatuto próprio, que lhe dá a função de fortalecer a capacidade administrativa, técnica, econômica e financeira dos municípios, a fim de consolidar a política de saúde, tal como preconiza o SUS, e independente da filiação partidária do gestor. Mas, como o secretário de saúde subordina-se ao prefeito, deverá moldar sua linha à política partidária vigente se quiser permanecer no cargo.

As diretrizes do SUS estão definidas e tanto os gestores como as instâncias colegiadas devem trabalhar com o objetivo de implementá-

las. No entanto, as decisões envolvidas dependeram das orientações partidárias dos atores envolvidos e dos recursos de poder que a secretaria (municipal ou estadual) utiliza para referendar ou vetar uma linha de ação.

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

Na gestão Garotinho, “os membros da SES buscam colocar a questão político-partidária de lado” (Entrevista 4), embora reconheçam que ela está subjacente a qualquer governo. Por isso, trabalha-se na tentativa de enfrentar coletivamente os problemas de saúde, apesar das diferenças político-partidárias na concepção da saúde pública. Na gestão Alencar, havia conflito de interesses entre os que aprovavam a política estatal e os que estavam voltados para o mercado. Segundo alguns relatos, a SES, no governo Alencar, “quis construir o SUS à sua moda” (Entrevista 2), trabalhando com a lógica da desativação do setor público, comprando serviços em larga escala do setor privado e privatizando bens públicos, ou seja, caminhou numa direção oposta ao SUS.

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

No que se refere à relação entre a SES e a SMS do Rio de Janeiro, que sempre foi conflituosa nos governos anteriores (Parada, 1997), percebe-se a mudança no sentido da cooperação. Segundo um membro do CMS-RJ, “existe o compromisso de estabelecer um diálogo contínuo entre essas secretarias” (Entrevista 2), apesar da clareza de ambas as partes de que as idéias podem não ser idênticas quanto à condução da política e à leitura sobre determinada situação.

A respeito desse otimismo quanto à gestão Garotinho, cabe ressaltar que os atores denunciavam duramente a gestão passada e valorizam bastante o momento atual. Em face das propostas de gestão democrática e compromisso com a questão social do governo estadual, vários atores esperam que a SES conceda real impor-

tância ao CES. No entanto, somente o tempo demonstrará avanços concretos nessa direção.

Para contornar a influência partidária e reforçar a consolidação do SUS, seria necessário o fortalecimento dos Conselhos de Saúde, dado que oferecem maior garantia de isenção diante das conjunturas políticas. Com efeito, o controle social, exercido pelos profissionais que no conselho têm assento e pelos usuários, pode ser uma poderosa alavanca apartidária para fortalecer o avanço do SUS, como já acontece em muitos municípios do País.

Considerações finais

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

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

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

Nessa dinâmica, surgem, logicamente, variados conflitos de interesses, e, justamente para atenuar essas divergências, foram institucionalizadas as instâncias colegiadas do SUS, inaugurando-se um novo estilo de operacionalizar a política. Não houve uma eliminação do conflito, mas criaram-se condições para regulá-lo de forma mais equilibrada e participativa mediante a integração de ampla gama de atores aos processos decisórios.

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

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

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

Na pesquisa, pudemos observar que a CIB-RJ, enquanto *locus* de negociação e pactuação entre os gestores do SUS, teve papel fundamental na agilização da descentralização, além de buscar eliminar a possibilidade de haver clientelismo e privilégios para alguns municípios em detrimento de outros. Inversamente, apesar de criado antes da CIB, o CES-RJ não teve respaldo da SES, já que não foi legitimado enquanto fórum de discussão da política de saúde estadual.

Vimos que o desempenho das instâncias está condicionado pela autoridade da SES e, no caso do Rio de Janeiro, a experiência de gestão estadual autocrática se contrapôs às propostas do SUS. Apesar de ter sua função estabelecida pela legislação, a SES deixou a desejar no que diz respeito à intermediação e harmonização das relações municipais e à busca de estratégias visando à redução das desigualdades regionais e à consolidação de uma política esta-

dual. Ao contrário, a SES utilizou largamente seu poder de veto quando as resoluções do CES e da CIB a contrariavam, provocando relações conflituosas inter e intra-institucionais.

Quanto aos resultados das políticas públicas, estas são condicionadas pelas regras do jogo de poder e seus efeitos na conduta dos atores. Todavia, a SES alterou essas regras, o que influenciou a capacidade de intervenção do CES e da CIB, porque limitou as escolhas dos atores a ponto de definir a forma muito particular da política de saúde configurada no estado.

No plano mais geral, observamos claramente a influência político-partidária, positiva ou negativa, na política de saúde. A gestão Alencar foi desenhada com base em uma orientação voltada para o mercado, concretizada em investimentos para privatizações e terceirizações. A atuação do secretário de saúde (estadual ou municipal) refletiu a bandeira política do Executivo no sentido divergente, com o governador apoiando a privatização, e o prefeito do RJ lutando pela municipalização dos serviços públicos. Essa influência negativa teria sido bloqueada por um CES forte, cuja independência dos partidos políticos é garantida pela pluralidade da representação. Esse evento mostra com clareza que o controle social pode ser uma poderosa alavanca apartidária para consolidar o SUS.

No entanto, apesar de bloqueios, confrontos e graves embates entre a SES, CIB e CES e entre a SES e SMS, é inegável o avanço da política de saúde no Rio de Janeiro, no sentido de possibilitar que, de um lado, diversos grupos da sociedade civil organizada participem da formulação e fiscalização da política e, de outro, os gestores compartilhem as decisões que dizem respeito à operacionalização do SUS. A forma como é conduzida a política, a possibilidade de decisão efetiva das arenas e a influência dos atores envolvidos são resultantes da

correlação de forças e da mobilização dos atores sociais em cada conjuntura. No Rio de Janeiro, apesar de todos os problemas, o CES e a CIB incentivaram a organização dos atores e contribuíram para a democratização do *policy-making* setorial.

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

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

Encerrando, ressaltamos que o processo decisório e as arenas por nós estudadas não deram conta de todas as questões teóricas colocadas pelas abordagens sobre formulação de políticas públicas. Além disso, a nossa pesquisa mostrou claramente que o *policy-making* setorial no Rio de Janeiro continua concentrado na alta cúpula dirigente da SES. De fato, houve avanços democratizantes, mas ainda são insuficientes para permitir, por uma parte, revelar toda a complexidade do *policy-making* e, por outra, propiciar a plena democratização do processo decisório.

Referências

- BRASIL, 1988. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal.
- BRASIL, 1990a. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, v. 128, n. 182, pp. 18055-18059, 20 set. Seção I, pt. 1.
- BRASIL, 1990b. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá outras providências. 2 de outubro de 2000 <<http://www.saude.gov.br>>.
- CES-RJ (Conselho Estadual de Saúde – Rio de Janeiro), 1996. *Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde*. Rio de Janeiro: CES-RJ/Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.
- CIB-RJ (Comissão Intergestores Bipartite – Rio de Janeiro), 1997. Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite, Deliberação CIB-RJ nº 13 de 09 de setembro de 1997. Niterói: *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*, Ano XXIII, nº 169, p.16, 10 set. pt. I.
- CIB-RJ (Comissão Intergestores Bipartite – Rio de Janeiro), 1998. *Ata da 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite*. Rio de Janeiro: CIB-RJ.
- MS (Ministério da Saúde), 1996. *Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/96*. Brasília, DF: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 1999. *Condição de Gestão por Municípios do Estado do Rio de Janeiro*. 20 de outubro de 1999 <<http://www.saude.gov.br/descen/rj.htm>>.
- LIMA, L. D., 1999. *O Processo de Implementação de Novas Estruturas Gestoras do SUS: Um Estudo das Relações Intergovernamentais na CIB do RJ*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- OFFE, C., 1991. *Trabalho e Sociedade: Problemas Estruturais e Perspectivas para o Futuro da Sociedade do Trabalho*. v. 2, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- PARADA, R., 1997. *Sistema Estadual de Saúde. Descentralização e Relações Intergovernamentais: Um Estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- SAS/MS (Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde), 1999. *Análise de Alguns Aspectos do Processo de Descentralização no Sistema Único de Saúde*. Brasília: SAS/MS.
- SILVA, I. F., 2000. *O Processo Decisório nas Instâncias Colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.