

Limites e Impasses Atuais da Municipalização da Saúde: a Experiência de Cabo Frio*

MÁRCIA CRISTINA RODRIGUES FAUSTO¹

RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar o processo de mudança ocorrido no campo da saúde e, especificamente, aquele que diz respeito às medidas descentralizadoras verificadas nos anos 80. Examina em que dimensão a política de descentralização tem provocado mudanças na organização e nas práticas de serviços de saúde, especialmente no Município de Cabo Frio. Apresenta dois eixos analíticos: o processo de urbanização e suas implicações na vida social e econômica do município e, por outro lado, as políticas descentralizantes dos anos 80/90 como operadoras de mudanças institucionais que apontaram para a maximização dos municípios. As conclusões giram em torno da virtualidade do processo micro, ou seja, a dinâmica poderosa das relações estabelecidas no interior do município e a sua interlocução com as leis instituídas em nível macroestrutural.

Palavras-chave: políticas sociais; políticas de saúde; descentralização; municipalização; sistema local de saúde; insulamento municipal.

* Este artigo é síntese de dissertação de mestrado defendida no IMS/UERJ em dezembro de 1997 (FAUSTO, 1997)

1. Introdução

O papel que os municípios passam a desempenhar no início dos anos 90 é radicalmente oposto àquele que cumpriam até o final da década de 70. Passam de “expectadores” a executores diretos dos serviços sociais.

O processo de descentralização tributária desencadeado no início dos anos 80 pouco a pouco foi modificando o modelo centralizador de financiamento público adotado durante o período autoritário¹, o que contribuiu para causar mudanças nas funções dos municípios. Estas mudanças ocorrem no plano do financiamento, com a aprovação das Emendas Constitucionais n^os 23/83 e 79/84, que ampliaram os percentuais dos fundos de participação dos estados e municípios. A seguir, com a Constituição Federal de 1988, tais medidas são reiteradas e ampliadas, gerando maior autonomia para os municípios, tanto em seu aspecto fiscal, como também no que diz respeito às novas responsabilidades atribuídas a esses governos na execução das políticas públicas, especialmente as de cunho social (Affonso, 1996; Abrucio e Couto, 1996).

No campo da saúde, o processo de descentralização foi desencadeado a partir de movimento único, onde por um lado foi estimulado pela formulação de políticas no âmbito nacional (AIS/SUDS/SUS)² e, por outro, pelo amplo movimento municipalista em torno da construção de sistemas locais de saúde, prevalecendo um consenso quanto ao *locus* de operação dessas políticas. Este processo teve tempos diferentes, alcançando o auge no momento em que os municípios, mediante incentivos, são maximizados e passam à condição de definidores e gerenciadores dos serviços neste setor³.

Pode-se afirmar que, no decorrer de vinte anos em que se observa a construção de sistemas locais de provisão de recursos na área social, este movimento teve três grandes momentos no setor saúde⁴:

Primeiro (1978/1982), diante de um novo padrão de urbanização, os governos locais se deparam com a necessidade de organizar serviços sociais correspondentes às novas exigências colocadas tanto pelo crescimento econômico, quanto pelo crescente nível de desigualdade e pobreza experimentados no espaço das cidades. Assim, um dos setores em que se percebem maiores investimentos é o da saúde, onde os governos municipais fazem um movimento desvinculado da política nacional de saúde.

O segundo momento (1983/1990) tem início quando o Governo federal institui uma série de medidas descentralizantes, que incentivam os municípios a assumirem novas responsabilidades em relação à organização e à

implementação das ações de saúde em seu espaço territorial. A Constituição de 1988, momento importante dessa fase, reforça e consolida a descentralização, tanto do ponto de vista da redefinição de papéis quanto da criação de mecanismos de repasses financeiros, colocando o município como executor imediato das políticas sociais. Esta é uma fase de consenso, onde as três esferas iniciam parcerias em torno da execução do projeto de descentralização no campo da saúde.

Por fim um terceiro momento (1990 em diante)⁵, em que há recentralização de recursos. A proposta SUS segue na prática, sem valorizar o aspecto sistêmico e, além disso, as características municipalistas demarcam a lógica da descentralização no setor saúde. A falta de controle e coordenação dos sistemas locais de saúde com outras esferas de governo permitem formas atomizadas e evidentes interferências das questões locais na organização desses sistemas. Neste momento configura-se um descolamento entre a política nacional e a política local de saúde, prevalecendo um tipo de recentralização na condução da política no espaço local. Chamamos este movimento de insulamento do processo de descentralização, que se traduz, no plano local, por um “fechamento da saúde”, não apontando para a construção de práticas intersetoriais nessa área.

O estudo realizado no Município de Cabo Frio, em que pesem as suas peculiaridades, evidenciou esses três momentos que consideramos ter marcado o processo de descentralização ainda em curso no campo da saúde. Não se constitui em modelo único, uma vez que há heterogeneidade indiscutível entre os municípios brasileiros. Porém aponta para os problemas referentes à realidade dos municípios que, neste processo, vêm-se deparando com mais responsabilidades e inúmeros dilemas para dar continuidade às inovações advindas da proposta SUS.

2. A Nova Cidade: Transformações Urbanas do Final dos Anos 70 e Início do Sistema Local de Saúde

As ações no campo da saúde, no Município de Cabo Frio, se iniciaram ainda na década de 70, evidenciando um forte movimento interno com base em necessidades locais, no sentido da construção de um sistema local de saúde. Este movimento é isolado na medida em que, nesse período, a política nacional de saúde expunha expressivo traço centralizador, onde a participação dos municípios na implementação e gestão das ações de saúde era pouco significativa. Logo o sistema local nasce das iniciativas do gestor

municipal, influenciado pelas mudanças no perfil do município no que se refere aos aspectos econômicos, sociais e demográficos.

Nos anos 70, a cidade experimentou um amplo processo de urbanização e crescimento populacional, fenômeno que já havia se iniciado no país desde os anos 40. Os investimentos realizados no país, principalmente no sistema de transporte, telecomunicações e produção de energia, reverteram-se para a Região dos Lagos em maior capacidade de interlocução entre os municípios do Estado do Rio de Janeiro, assim como os demais estados da Federação.

A construção da Ponte Rio-Niterói, assim como das estradas vicinais da região, foram cruciais para o Município de Cabo Frio. Favoreceram a mobilidade populacional, contribuindo para profundas mudanças na sua configuração territorial. Assim, a partir da década de 70, a cidade vê crescer a especulação imobiliária em diferentes espaços do seu território, marcada pela entrada de grandes empresas ligadas ao ramo da construção civil. Muitos condomínios, casas e edifícios são construídos, levando principalmente, a classe média a investir em imóveis de segunda residência. Além disso, observa-se um intenso fluxo migratório que perdura até os dias atuais, onde a cidade passa a receber pessoas oriundas do norte fluminense e da capital⁶.

Esse movimento demográfico provocou na cidade alterações significativas no espaço urbano e trouxe consigo um novo campo para atividades econômicas: o turismo e um largo espaço para as atividades ligadas à prestação de serviços. Sendo assim, as alterações demográficas e econômicas no espaço da cidade impuseram ao governo local o enfrentamento das demandas colocadas frente a essa nova realidade, especialmente aquelas relativas à prestação de serviços sociais, tais como educação e saúde, que até aquele momento eram pouco expressivos em sua agenda.

Especificamente no campo da saúde, o que se oferecia em termos de serviços era muito pouco. Até 1977, a Prefeitura Municipal de Cabo Frio contava com um pequeno número de profissionais trabalhando no setor. As ações nesta área ainda eram bastante limitadas, pouco aprimoradas, com características assistencialistas.

A população ainda era pequena e composta por nativos, adaptados aos recursos disponíveis no município. Quando estes eram insuficientes, havia um movimento em direção aos municípios de Niterói (o grande centro mais próximo), e Rio de Janeiro, ambos com uma gama de recursos capaz de resolver a carência de serviços de saúde em Cabo Frio.

O setor privado, em franca expansão, respondia a algumas das necessidades locais, porém com muitos limites. Apesar das diferentes proporções e dimensões entre os dois setores, em Cabo Frio a expansão da oferta de serviços de saúde no setor privado segue paralelamente à expansão do setor público. Esse crescimento se deu a partir de importantes incentivos do Governo federal, mediante os investimentos realizados pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que financiou boa parte dos serviços de saúde particulares existentes no município.

Já o setor público não contava com tais incentivos. As iniciativas para maior investimento na saúde partiram do gestor local. Em 1978 o prefeito fez uma reforma administrativa na prefeitura, sendo criada neste período a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A partir daí percebe-se que houve investimento municipal na rede básica de saúde, aumentando o acesso da população a esses serviços e criando um novo estilo para promover a saúde no setor público.

A estruturação da SMS contou com uma equipe de profissionais de saúde que buscou inovar as práticas no setor. O secretário de Saúde, ator emergente, buscou estabelecer alianças fora do município contratando médicos recém-formados, criando assim condições básicas para fazer funcionar os equipamentos já existentes na rede municipal.

A falta de experiência no campo da gestão do sistema de saúde era evidente. Até este período os municípios não tinham papel atuante nesta área. Todas as ações no campo da saúde pública eram definidas pelo Governo federal e aos municípios, em algumas situações (como campanhas de vacinação), cabia a função de executá-las.

Embora não estivessem definidas as funções a serem desempenhadas por uma secretaria, tampouco delineada a política a ser observada, foi implantada a nova estrutura da SMS. O segundo passo dado foi a busca de suporte técnico fora do município. Contratou-se um técnico, sanitarista, com formação pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, envolvido em projetos nesta mesma instituição. Este técnico passou a dar assessoria na área de planejamento em saúde, atuando diretamente com os gestores do município e ampliando o leque de informações acerca do que se vinha pensando sobre política de saúde. Começou-se a discutir, no município, questões como atenção primária à saúde, tema que vinha sendo amplamente debatido desde a Conferência de Alma-Ata.

A chegada do técnico ao município possibilitou também um maior contato de Cabo Frio com outras cidades, favorecendo, assim, a troca de informações e experiências quanto à construção de práticas alternativas desenvolvidas por municípios na área de saúde. Niterói era o município de maior interlocução com Cabo Frio que, em meados dos anos 70 já vinha desenvolvendo um amplo processo de reformulação das práticas de saúde, com a implementação do Projeto Niterói.

A busca por novas informações, aliada à intenção de promover mudanças no campo da saúde, levou os gestores municipais a interagirem com diferentes municípios. Este movimento colocava o município de Cabo Frio em contato com outros grupos que, naquele momento, também buscavam novos caminhos para a saúde em seus municípios.

Cabo Frio, nesse período, participava do debate sobre reforma sanitária, que envolvia gestores municipais preocupados com as condições sanitárias de suas cidades, como também os intelectuais sanitaristas, que buscavam novas saídas para o enfrentamento dos problemas sanitários do país. Neste sentido a equipe do município participou de eventos importantes que faziam parte desse movimento em prol da reforma no setor saúde. Mediante o debate que se iniciava no campo da saúde, os gestores locais construíram um Projeto de Atenção Primária para o Município, traçando um diagnóstico sanitário da cidade e elaborando propostas de intervenção⁷.

Assim, tem-se um rompimento com o padrão de intervenção promovido pelo município no setor saúde até aquele momento. Constróem-se novas unidades de saúde, realizam-se ações assistenciais voltadas para atendimento individual e também ações de educação em saúde, meio ambiente e de participação social. Era um movimento da “saúde para fora”, tanto no que se refere à interlocução com outros municípios, quanto no sentido de estabelecer relações intersetoriais.

Em relação ao Governo federal, a existência de unidades pertencentes ao Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) no município não era suficiente para causar interlocução entre as instâncias de governo. Existia o serviço de medicina social, que atuava de forma descentralizada, no entanto voltado especificamente para o gerenciamento das unidades do Inamps e para a administração dos convênios com prestadores de serviços do setor privado.

O governo do estado, por sua vez, mantinha na região uma coordenadoria cuja sede localizava-se no município de Macaé. Este órgão estava voltado para a administração da rede de serviços de saúde existente na região, sem

manter qualquer forma de articulação com os governos municipais, salvo em momentos de campanha de vacinação e em relação às ações de controle epidemiológico. Os contatos, pode-se dizer, eram esporádicos, irregulares e informais (Parada, 1997).

Em suma, diante das transformações ocorridas no município nos anos 70, houve um movimento interno de inovação na estrutura gerencial que se estendeu ao setor saúde. Além da vontade política do prefeito, o grupo formado para gerenciar o setor compartilha com o ideário sanitaria predominante nas principais escolas de saúde pública do país, pós-Conferência de Alma-Ata. Esses dois fatores explicam a formação dos primórdios do sistema local de saúde, antes mesmo de qualquer incentivo do Governo federal neste sentido.

As inovações ocorridas nessa época no setor saúde podem ser caracterizadas como ações isoladas, uma vez que a política nacional de saúde não promovia a interação entre as três esferas de governo. Esse movimento está relacionado às necessidades locais, como já foi apontado, e antecede o processo de descentralização operado no campo da saúde.

Entretanto, a falta de apoio de atores locais, principalmente da classe médica, e a inexperiência no campo da gestão de sistema de saúde, fizeram com que os gestores municipais buscassem estabelecer alianças externas. Fosse na interlocução com municípios que tinham experiências locais mais antigas e/ou inovadoras no campo da saúde, e fosse na ligação com uma elite profissional formada pela Fiocruz.

3. A Maximização do Município no Manejo de Políticas de Saúde Combina-se com a Descentralização Operada desde “Cima”

3.1. AIS, Importante Instrumento para Expansão dos Serviços, da Assistência e do Gerenciamento

O início dos anos 80 é o marco da introdução dos novos direcionamentos dados à política de saúde: as AIS como parte de um conjunto de propostas contidas no Plano do CONASP tornaram-se, reconhecidamente, um momento estratégico para a posterior redefinição da política nacional de saúde. Durante essa década, mudanças importantes começam a ser processadas no campo da saúde, no âmbito federal, via Inamps, onde são fornecidos incentivos aos estados e municípios no sentido de ampliar os investimentos na rede pública de saúde.

No Estado do Rio de Janeiro a experiência exitosa do Projeto Niterói estimulou o Inamps a implantar as AIS nos demais municípios do estado. Os técnicos responsáveis pela implantação deste convênio no estado estiveram de alguma forma envolvidos com o Projeto Niterói (Parada, 1997).

Em relação à implantação das AIS em Cabo Frio, houve um encontro de interesses: a gestão local via nas AIS a possibilidade de expandir seus recursos financeiros e, desta forma, poder ousar mais no campo da saúde, pois esta era a oportunidade de buscar outras fontes de recursos como saída para o enfrentamento dos limites financeiros da prefeitura e sua insuficiente atuação no campo da saúde.

Por outro lado, as AIS representavam o começo de uma nova proposta para o direcionamento da política nacional de saúde, onde as demais instâncias governamentais passariam a ter papel atuante no fortalecimento do setor público e na organização e implementação das ações de saúde. Era o início da parceria entre município, estado e governo federal e a efetivação da proposta de descentralização no campo da saúde.

Assim, para Cabo Frio, o período que vai de 1983 a 1987 é marcado pelo aumento da capacidade instalada da rede municipal de saúde. É importante ressaltar que neste período já existia no município a secretaria de Saúde estruturada, com uma rede ambulatorial que alcançava grande parte do território municipal. No entanto, havia uma série de novas necessidades identificadas e pouco se podia fazer, uma vez que se esbarrava em uma das grandes dificuldades para os governos locais: a falta de recursos. A prefeitura ainda era bastante limitada e os recursos disponíveis para investimentos no campo da saúde eram exclusivamente municipais⁸.

Podemos dizer que as bases de conformação do sistema de saúde de Cabo Frio são anteriores à introdução das AIS no município. O que marca este período não é essencialmente a expansão da rede pública de saúde, mas o aumento da capacidade instalada da rede de serviços e a introdução de outras ações, tanto no âmbito gerencial como da assistência à saúde, que antes não faziam parte das tarefas desempenhadas no município⁹.

Assim, como consequência das AIS, o município começou a se movimentar mais em direção daquelas questões para as quais “antes existia a vontade porém não havia condições”¹⁰. Aumentou a capacidade instalada da rede de saúde, ampliou o acesso da população aos serviços da rede ambulatorial e inovou as ações gerenciais da SMS. A existência de uma rede básica de saúde estendida por quase todo o município permitiu que o investimento das AIS fosse direcionado para a ampliação e reequipamento dos recursos já

existentes e a construção de outras unidades. Os recursos provenientes das AIS expandiram a capacidade dessas unidades e conseqüentemente aumentaram a produção de serviços, gerando assim maior aporte de recursos para o município, através desse convênio.

Este talvez tenha sido o período glorioso do município, onde o interesse local ia ao encontro dos novos rumos da política nacional de saúde. Por este motivo, não havia dificuldades para implementar as AIS. Era um jogo onde havia consenso entre os jogadores e o resultado era favorável aos diferentes lados.

No que tange às inovações gerenciais, o convênio AIS incentivou a interlocução entre a três instâncias, através da formação da Comissão Intermunicipal de Saúde (CIMS). Tal comissão era formada por representantes dos governos municipal, estadual e federal (Inamps), que em conjunto definiam os rumos da saúde no município. Essa estrutura inaugurou um outro arranjo na arena das decisões gerenciais, onde os atores se diversificavam em seus interesses, ideais e até mesmo no posicionamento político, e as decisões passaram a ser negociadas.

Através da CIMS incentivou-se também a formação dos Conselhos Comunitários de Saúde, como importante fórum de participação social. Este mecanismo foi incentivado pelo convênio AIS no sentido de tornar a gestão da saúde mais democrática. Houve grande articulação com a SES no sentido de assessorar os municípios da região na formação desses conselhos.

Também é deste período o início da discussão sobre a formação do consórcio intermunicipal de hemoterapia. A idéia de formar um hemonúcleo no município veio a partir da reformulação dos serviços de hemoterapia no Estado do Rio de Janeiro na década de 80, tendo como catalisador a questão da AIDS no país e, frente à decisão do então Secretário Estadual de Saúde, Eduardo Costa, de fechar os bancos de sangue privados do estado, proibindo a comercialização do sangue e seus derivados. Esta decisão tornou emergente a busca de saídas para o enfrentamento das questões do setor.

Nesse momento a opção da SES (Secretaria Estadual de Saúde) e do Inamps, foi incentivar a formação de um consórcio intermunicipal, para que pudesse resolver não somente a necessidade local, mas também a de outros municípios da região. Na realidade esta opção já fazia parte da agenda de descentralização das ações de saúde no Estado do Rio de Janeiro.

3.2. O Município como Gestor: Impacto e Repercussões do SUDS

A partir de 1987 inicia-se a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Era a institucionalização das mudanças que vinham se delineando desde o início dos anos 80.

No Município de Cabo Frio estas mudanças passam a ser percebidas já no final da gestão correspondente ao período de 1983 a 1988. Fincavam-se as bases para a implementação do SUS-Cabo Frio. No processo de municipalização da saúde a incorporação de unidades federais e estaduais pelo município delimita as fronteiras entre as AIS e o SUDS. As negociações se deram diretamente com a SES.

As decisões em torno da implantação do SUDS já estavam definidas. A SES trazia as propostas a serem implementadas e por vezes os gestores municipais sentiam-se despreparados para lidar com tantas responsabilidades. Ao mesmo tempo, era muito instigante para estes gestores aderir às novas exigências, posto que a adesão ao SUDS trazia para a gestão local um aporte de recursos irrecusável.

A área social tem sido tradicionalmente alvo de grandes negociações para a política eleitoral. Em se tratando do espaço das cidades, a visualização das ações nesse setor torna o enfrentamento dos riscos e incertezas advindos da adesão à nova política para o setor saúde um grande atrativo para os gestores locais. Logo, com todos os riscos colocados ao assumir as novas atribuições provenientes do SUDS, ainda assim continuava sendo interessante o enfrentamento do novo. Os ganhos com esta opção eram evidentes.

Esta fase demonstra haver consenso quanto à introdução de um novo *design* institucional no sistema local de saúde. Havia encontro de interesses que favorecia a interlocução entre as três esferas de governo. Neste cenário a política nacional, através de incrementos significativos, impulsiona a atuação do governo local para a gerência imediata das ações de saúde e o governo estadual atua como interlocutor entre as esferas polarizadas, através de assessoria e apoio técnico ao município para o enfrentamento das novas atribuições que lhe foram conferidas.

A implantação do SUDS-Cabo Frio ocorreu a partir de 1989, através do processo de transferências de unidades. Junto com a rede física, vinham também os recursos humanos que, apesar de manterem o vínculo contratual com a instância de origem, passaram a ser gerenciados pelo nível local.

O convênio SUDS, portanto, trouxe para o município a condição de gestor e como tal passou a enfrentar situações inusitadas. A secretaria municipal de Saúde (SMS) passou a desempenhar tarefas importantes, merecendo ser ampliada e dotada de maior capacidade para lidar com as inovações colocadas para o setor. Com maior complexidade, a SMS requer reestruturação de forma a permitir maiores condições gerenciais em relação aos novos recursos, a ampliação do raio de atuação tanto na esfera da rede pública como também na abertura de contratos com o setor privado.

A figura do secretário de saúde passa a ganhar peso político - a SMS ganha maior expressão, sendo um dos setores de maior captação de recursos financeiros para o município, usufruindo de maior autonomia em relação à prefeitura - já que a administração desses recursos estava basicamente sob sua responsabilidade.

As contradições do processo se plasmavam na existência de bases de apoio, ao mesmo tempo em que se formavam grupos de oposição às mudanças no campo da saúde. Havia apoio político do prefeito, pois o crescimento da SMS gerava pontos positivos para a gestão municipal. Mas por outro lado existia a pressão dos vereadores no sentido controlar a verba destinada ao setor saúde, a qual não fazia parte do total do orçamento municipal. A câmara de vereadores constituía-se em importante grupo de oposição com poder de veto no que tange às inovações realizadas no sistema local de saúde, principalmente no que se refere à garantia de maior autonomia da SMS na administração dos recursos financeiros.

Havia também, nesse período, grande resistência por parte dos servidores estaduais e federais a aderir às redefinições gerenciais advindas da nova política de saúde definida nacionalmente. Existiam a apreensão e um movimento corporativo no sentido de resistir às mudanças implementadas, principalmente no que se refere à política de recursos humanos.

A atuação do estado para a implantação do SUDS na Região dos Lagos se deu diretamente com cada município, não considerando a idéia de sistema presente na proposta do SUDS. Em que pesem os fatores políticos que nortearam a opção dos gestores estaduais, a ausência de um sistema regional permitiu a construção de sistemas locais de saúde fragmentados, onde as relações municipais são estabelecidas a partir das necessidades locais e de forma desorganizada, apontando para a formação de um tipo de "fronteira" entre os municípios, quanto ao uso dos serviços de saúde. Em alguns casos o estabelecimento dessas relações se dá entre os gestores municipais

e em outros é a própria população que introduz mecanismos não institucionalizados que possibilitam a utilização dos serviços.

Em resumo, estes eram os impactos e impasses colocados pela política de descentralização e a formação do SUDS-Cabo Frio: a transferência de recursos financeiros e rede física (federal e estadual) choca-se com uma baixa capacitação dos recursos humanos, principalmente na área de gerência, para arcar com as novas responsabilidades demandadas ao município, aliado à ausência de uma política regional; grande conflito na área de recursos humanos, onde as tarefas cumpridas pelos três segmentos (servidores municipais, estaduais e federais) deveriam ser as mesmas, porém com bases salariais e desempenho técnico diferenciados; tensões geradas pelas pressões de grupos opositores, mais precisamente da câmara de vereadores, que diante da autonomia e poder político obtidos pela SMS resistiam em aprovar novas propostas que ajudassem nesse sentido; ausência de uma política de descentralização regional induzindo o estabelecimento de fronteiras entre os municípios e a formação de sistemas locais de saúde atomizados.

3.3. O SUS e a Política Local de Saúde

Em 1990 todas as unidades já haviam sido municipalizadas. A política de gestão local estava sendo implantada, dando curso, inclusive, à introdução de novas engenharias institucionais.

Este foi o período de maior expansão da SMS, que já vinha crescendo nos últimos doze anos, porém com maior peso nesta fase, devido aos incentivos recebidos pela atual política nacional de saúde. Tendo por base os novos preceitos legais que regem o setor saúde na esfera pública, a gestão local passou a instituir novos mecanismos administrativos e organizacionais que ampliaram a esfera de atuação da SMS. Além da nova estrutura organizacional da SMS foram instituídos, nesse período, o Fundo Municipal de Saúde (1991), o Conselho Municipal de Saúde (1991), e foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde (1992). No que se refere à organização dos serviços de saúde, o município foi dividido em distritos sanitários de forma a promover melhor acesso e hierarquização das ações de saúde. Elaboraram-se programas de prevenção implementados em toda a rede pública, tendo em vista o perfil epidemiológico do município. Foram elaborados documentos que legislam sobre a saúde, bem como estudos epidemiológicos e planos de ação em Cabo Frio. Este é um período de grande avanço, muito relacionado à política de incentivo à municipalização.

A necessidade de cumprir os requisitos contidos nas disposições legais que regiam as transferências de recursos aos municípios mobilizou os gestores na busca de assessoria técnica da SES, assim como junto a outros órgãos de apoio aos municípios, como foi o caso do IBAM (Instituto Brasileiro de Administração Municipal). Esta rede de apoio técnico assessorou os gestores locais na organização e implementação das novas engenharias institucionais indispensáveis para que o sistema local de saúde cumprisse os requisitos fundamentais na obtenção de incentivos financeiros.

Houve grande investimento na área de recursos humanos e a SES, neste momento, teve papel relevante. Prestou assessoramento técnico aos municípios, através de convênio firmado com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a fim de que a gestão local se capacitasse para arcar com as novas atribuições. A proposta de treinamento permitiu aos gestores maior interação com as mudanças em curso e maior segurança para tomar decisões. Os gestores locais desse período não tinham qualquer experiência anterior na área gerencial. Eram técnicos que vinham da área assistencial e que assumiram a posição de gestores por serem pessoas de confiança do prefeito. A nomeação desses cargos em geral está mais baseada em critérios políticos do que na competência técnico gerencial.

Este período foi marcado por extenso apoio do prefeito, permitindo que a SMS tivesse autonomia para gerenciar os recursos destinados ao setor saúde. Entretanto, a câmara de vereadores continuava sendo o grupo de oposição, interferindo em diversos momentos no projeto de formação do sistema local, mesmo quando os gestores da saúde tentavam seguir as determinações dos dispositivos legais. É o caso, por exemplo, da não aprovação da proposta de reestruturação do organograma da SMS e da proposta de um plano de cargos, carreiras e salários para o setor saúde.

Neste sentido, a institucionalização jurídico-legal do SUS não foi suficiente para romper com algumas formas de fazer política no espaço local. Por este aspecto, a organização da política de saúde no município ainda sofre grandes interferências das atitudes clientelistas tradicionalmente empregadas pelos políticos locais. A contratação de pessoal é um típico exemplo das manobras eleitoreiras, onde a cada nova gestão um grupo de funcionários já treinados é substituído por outro que em geral conformou a base de apoio do prefeito no momento da disputa eleitoral. Em Cabo Frio este tipo de negociação tem sido uma constante e a SMS tem formado o seu quadro de pessoal a partir de critérios definidos pelo prefeito e pelos vereadores.

Apesar dos entraves políticos, o período que demarca a formação do SUS-Cabo Frio demonstra ter havido forte adesão dos gestores locais às determinações da política nacional de saúde. A adesão do município, ao que parece, segue na linha dos interesses locais que vai ao encontro dos incentivos fornecidos pelo governo federal. Mesmo sem conhecer a fundo a dinâmica da política de saúde em curso, os gestores vão assumindo as novas atribuições, considerando a evidência dos ganhos dessa adesão. Aqui o peso dos ganhos políticos e financeiros, mais do que o viés ideológico que permeou o movimento pela reforma sanitária, tem determinado o comportamento dos gestores municipais em relação à adesão à política nacional de saúde.

Nesse período são instituídos pelo Governo federal dois instrumentos de definição de regras para a política de saúde: a Norma Operacional Básica do SUS de 01/91 (NOB 01/91) e a NOB 01/92. Esses mecanismos definiram as ações a serem implementadas pelas três instâncias governamentais, onde o repasse de recursos financeiros para estados e municípios era feito através do pagamento por produção de serviços, a partir da assinatura de convênios. Nesse período o município começa a estruturar uma rede de serviços especializados e o setor público começa a se organizar hierarquicamente, havendo interligação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, além de manter as ações voltadas para a prevenção.

O alargamento do espaço de atuação da SMS expandiu, do mesmo modo, o nível de relação com o setor privado, na medida que alguns serviços passam a integrar a rede conveniada do SUS. São as novas parcerias que se formam trazendo benefícios para a população e alguns conflitos para os gestores locais. A SMS começa a administrar situações de impasse entre o setor público e o privado no momento da definição e compra de serviços necessários à composição do sistema público de saúde. Em alguns momentos o setor privado se comporta como grupo de oposição a SMS, criando impasses na organização dos serviços de saúde da rede pública. O enfrentamento desta questão tende a se diluir quando não existe um forte mecanismo de controle social que coloque na arena das decisões o debate sobre o plano de ação do SUS.

As questões relativas a ações intermunicipais por diversas vezes estiveram presentes na agenda, tanto dos municípios quanto do estado. No entanto, a fragilidade das ações da instância estadual como reguladora e coordenadora de ações regionalizadas não viabilizou as negociações intermunicipais. Assim, a inexistência de um plano regional impulsionou ações desarticuladas e atomizadas, onde cada município procurou estabelecer seu sistema de

saúde, sem considerar os aspectos regionais. Como consequência, houve um rompimento com a lógica de sistema prevista na conformação do SUS, a formação de fronteiras entre os sistemas locais de saúde e o uso desordenado dos serviços de saúde, principalmente em municípios mais organizados. Neste caso a entrada desordenada da população oriunda de outros municípios contribui para o rompimento da lógica de hierarquização dos serviços, não respeitando os fluxos de entrada do sistema e interferindo no planejamento das ações de saúde.

Um dos impasses colocados ao SUS no Estado do Rio de Janeiro tem sido o processo de municipalização com características atomizadas. Como aponta Oliveira (1995), o município absorveu novas atribuições que o tornam executor imediato da política de saúde. Entretanto, a redefinição do papel dos municípios não seguiu em paralelo à consolidação de mecanismos de regulação e controle dos sistemas em formação. Os municípios encontram-se em diferentes momentos de implantação do sistema de saúde e conseqüentemente apresentam distintos níveis de complexidade, dado que as condições atuais de organização da rede de serviços estão associadas às tradições apresentadas pelos municípios na área de saúde. Isto tem implicado no uso desordenado dos serviços de saúde, onde a população, na busca por atendimento, rompe com os mecanismos de hierarquização dos serviços, devido à ausência de um sistema regional.

Apesar da inexistência de uma política regional, no caso de Cabo Frio a troca de experiências entre os municípios sempre foi um movimento dos gestores locais, desde a época da formação da SMS¹¹. Na realidade, a interlocução com os outros municípios extrapola as questões regionais e caminha em busca de conhecimento sobre experiências alternativas adotadas por outros gestores locais que obtiveram êxito. A busca de informações sobre experiências exitosas pode ser analisada como um comportamento "caroneiro" do município que opta por não enfrentar os riscos de criar processos gerenciais, preferindo implementar as inovações comprovadamente virtuosas¹².

4. O Insulamento Municipal

Até agora vimos no município de Cabo Frio a construção das bases de formação do sistema local de saúde. Bases estas fundadas a partir de movimento interno (iniciativas locais) e externo (mudanças de rumo da política nacional de saúde). Neste processo, que não é linear, organiza-se o sistema

público de saúde no município marcado por características que retratam os limites gerenciais locais, as contradições da política de saúde e a existência de grupos divergentes e de coalizão no processo de conformação desse sistema.

Essas variáveis irão deslançar um novo momento ao qual chamamos de insulamento do processo de descentralização, onde o sistema local de saúde encontra-se formado e a relação com a política de saúde já não é tão marcada pelo consenso ou parceria com as demais instâncias de governo, mas é determinada principalmente pelos aspectos (sociais, políticos e econômicos) internos ao município.

4.1. A Recentralização da Gestão no Plano Municipal e a NOB 01/93

O período demarcado pela introdução da Norma Operacional Básica de 1993 caracterizou-se pelo forte centralismo do prefeito, que não reconhece e limita a autonomia da SMS. A maneira como o prefeito conduzia a política local deu pulso a conflitos com o então secretário de Saúde. Além da falta de apoio do prefeito, existia também a falta do grupo de sustentação política e técnica junto àquele secretário. Verifica-se que as questões internas do município começam a ter um peso maior interferindo no encaminhamento da política local de saúde.

Na gestão iniciada no ano de 1993, a conta do Fundo Municipal de Saúde passou a ser administrada pela Secretaria da Fazenda, tendo o secretário de Saúde que negociar junto ao prefeito e ao secretário de Fazenda, todos os investimentos e os custeios a serem realizados na saúde. Isto tem demonstrado ser o prefeito um ator importante na trajetória da formação do sistema de saúde local. Sua concordância ou não com as inovações neste setor tem sido de grande peso, uma vez que, tradicionalmente o prefeito tem determinado as decisões alocativas no município.

As experiências centralizadoras e pouco participativas que marcaram as gestões anteriores, principalmente no período autoritário, ainda se mantêm como cultura política predominante em nossa sociedade, muito embora tenham sido instituídos novos mecanismos, mais democráticos, que apontem para outras formas de relação societal. Neste cenário as velhas estruturas convivem com os mecanismos inovadores de gestão e, dependendo do grau de entendimento, de interesse democrático dos gestores e do tipo de arranjo político existente na sociedade, prevalecerá uma das condições estruturais.

No caso da gestão em análise, a opção foi manter o centralismo do poder decisório em relação à política de saúde, vetando e manipulando, desta forma, a utilização dos mecanismos gerenciais implementados através do SUS.

Assim, as inovações conseqüentes do processo de descentralização não são autônomas o suficiente para garantir a transformação das relações que tradicionalmente têm sido operadas no setor saúde. A experiência deste município tem apontado para o fato de que o *design* institucional mudou, tendo por base as tradições, ou seja, o SUS criou novos mecanismos de gestão prevendo maior controle e participação social, porém assentados em velhas formas de relação entre Estado e sociedade ainda presentes no interior das instituições.

No que se refere aos mecanismos de controle e participação social instituídos no município, não havia nenhuma interferência do CMS (Conselho Municipal de Saúde) em relação aos investimentos a serem realizados na área de saúde. O mesmo acontecia nas decisões relativas à aplicação dos recursos, as quais eram tomadas pelo prefeito e o secretário de Saúde, sem nenhum reconhecimento legítimo do CMS.

Como conseqüência do centralismo que marcou esta gestão, o CMS, transformou-se em mais um aparelho burocrático. É uma estrutura moderna, democrática do ponto de vista dos motivos de sua formação, porém capturada pelas tradicionais formas clientelistas que mantêm os bens públicos à mercê dos interesses individuais. A fraca representação social localizada no CMS não interferiu nas decisões do prefeito, que vetava qualquer decisão diferente da sua. A baixa tradição participativa da sociedade local foi insuficiente para impedir o rompimento das normas gerenciais instituídas durante a formação do sistema de saúde no município.

Por outro lado, apesar da recentralização gerencial verificada neste período, a SMS continuou expandindo suas ações, como resultado do permanente investimento no setor saúde. A decisão alocativa desta gestão foi a ampliação e organização da rede própria de serviços especializados. A dificuldade em manter parceria com a rede privada levou o setor público a buscar independência na área de diagnóstico e terapia, diminuindo os convênios/contratos com o setor privado.

O caso de Cabo Frio mostra que até determinado ponto do processo de descentralização havia interesse do município em seguir as regras do jogo, cumprindo assim o receituário básico da política de municipalização da

saúde. Em determinado ponto desse processo já não é tão interessante assim o cumprimento deste receituário. As regras do jogo são rompidas e determinados mecanismos de gestão não são considerados.

Entretanto existem diferentes experiências de gestão municipal e o caso de Cabo Frio não expressa por si só a realidade dos mais de cinco mil municípios brasileiros. O município de Santa Rosa (RS), por exemplo, até 1993 não havia realizado qualquer inovação no setor saúde. Entretanto, a municipalização deslanchada pós-NOB 01/93 e a entrada de um novo grupo de gestores municipais neste mesmo ano criam as condições para a estruturação da secretaria municipal de Saúde e Meio-Ambiente. A partir daí, uma série de inovações é implementada no setor saúde. Há um rápido aprofundamento das ações municipais a ponto de, na classificação feita pela NOB 01/93 no ano de 1994, a gestão local passar de incipiente para semiplena (Fachinetto, Misoczky e Terra, 1996).

Logo o que se pode extrair dessas experiências é que, ao se implementar uma política pública, diferentes fatores devem ser considerados para que se logre êxito. A institucionalização de novas medidas no campo da administração pública não é suficiente para romper imediatamente e de forma homogênea com estruturas tradicionais. Não se pode deixar de considerar a organização social, política e econômica dos espaços locais.

4.2. A Introversão da Política de Saúde e os Impasses da Passagem da Gestão Parcial para a Semiplena

A NOB 01/93 instituiu condições de gestão, baseadas no cumprimento de etapas progressivas relativas ao processo gerencial da rede de saúde, onde os municípios foram analisados e enquadrados em uma das três condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena.

Os critérios estabelecidos pela NOB/93 colocaram o SUS-Cabo Frio na gestão parcial, fornecendo incentivos que estimulavam o município a dar continuidade ao que havia sido criado quando da implantação do SUS e a criar inovações na área assistencial.

Cabo Frio tem estabelecido uma relação “caroneira” com a política de saúde, na medida em que obtém benefícios a custo zero, sem que para isso precise apresentar história pregressa. As razões da adesão passam pelos incentivos e pelos ganhos políticos dessa decisão, pois as mudanças para melhor no campo da saúde são facilmente percebidas pela comunidade e podem mudar o seu julgamento quanto à funcionalidade do setor público.

Sendo um município comum, Cabo Frio tem maximizado as oportunidades, usufruindo dos incentivos advindos desde as AIS até a conformação do SUS. Sua trajetória tem sido buscar o que existe de virtuoso em outros municípios, para ser utilizado em seu próprio sistema.

Como resultado da maximização dos incentivos recebidos no processo de municipalização, diversas inovações gerenciais e assistenciais foram realizadas no sistema de saúde local. O grande investimento deste período foi, de fato, a implementação do Programa Médico de Família, iniciando medidas inovadoras no modelo de atenção à saúde, buscando realizar atendimentos mais eficientes e de melhor efetividade. A experiência de Niterói funcionou como efeito demonstração para Cabo Frio. Os módulos do médico de família foram instalados nas áreas mais pobres e distantes do centro da cidade, prestando atendimento médico (domiciliar ou na unidade) às famílias cadastradas.

Ao longo dos anos o município foi aprimorando sua capacidade gerencial, alcançando condições para se classificar na gestão simplificada. Entretanto, o governo local optou por não aderir à política que expandia o grau de responsabilidade gestora. Isto porque a condição simplificada o coloca em relação direta com o setor privado e, na avaliação do gestor local, isto não era interessante para o município, dado o enfrentamento de conflitos que passaria a administrar. Os limites da gerência local desestimulam a adesão às regras definidoras da política de saúde municipalizada e, desta forma, são aceitas até o momento em que não implicam riscos e incertezas.

O crescente distanciamento entre as instâncias de governo verificado nos últimos anos tem marcado a condução da política de saúde em âmbito nacional. Como já mencionamos, os sistemas locais de saúde cada vez mais isolados têm-se orientado principalmente pelas suas condições internas e se distanciado das orientações definidas pela política nacional de saúde. Este é um movimento específico do município estudado, porém pode ser verificado com frequência em outros municípios brasileiros.

Além do insulamento municipal verificado tanto em relação às instâncias de governo quanto em relação aos municípios vizinhos, podemos dizer que este movimento é comum também no interior do próprio município. Poucas são as ações intersetoriais que favorecem a interlocução do setor saúde com outras diferentes áreas da gestão municipal. Isso mostra que há um fechamento do setor, comprometendo assim o conceito de saúde entendido como evento que extrapola a ausência de doença.

Esse fechamento tem-se refletido no tipo de assistência prestada pelas unidades de saúde que compõem a rede pública do município. Se é certo que as inovações realizadas no campo da saúde, como vimos nos últimos 18 anos, causaram mudanças importantíssimas, especialmente do ponto de vista do acesso da população aos serviços (primário, secundário e terciário), há claras limitações quanto à ampliação do espaço de intervenção dessas ações. As ações de saúde têm-se limitado às tradicionais consultas médicas e de controle epidemiológico (vacinações), com pouquíssimo investimento nas ações educativas e nenhuma providência relacionada ao meio ambiente e às condições de vida¹³.

Assim, na forma como as ações de saúde têm sido conduzidas, o insulamento municipal tem-se dado tanto em relação às demais instâncias de governo quanto dentro do próprio município, mantendo este setor fechado “em si mesmo” Esta é uma condição peculiar do município de Cabo Frio, ou será um reflexo das contradições presentes no formato da política nacional de saúde? Parece ser esta questão um dos impasses colocados nos anos 90 para a política de descentralização operada no setor saúde.

5. Conclusão

No início dos anos 80 verifica-se importante redefinição do papel dos municípios dentro da estrutura federativa brasileira, onde a Constituição Federal de 1988 ratifica e amplia as inovações delineadas ao longo desta década, colocando nas agendas dos governos municipais tarefas relativas à promoção de condições para o desenvolvimento econômico e social em seus territórios.

Tendo como pano de fundo o processo de urbanização experimentado desde a década de 50, as cidades brasileiras têm seu espaço redefinido, tanto em termos de produção econômica quanto pelo aspecto de sua população, mais diversificada e estratificada socialmente. Estes novos padrões colocam para os governos locais novas exigências administrativas, onde o tipo de gerência pública predominante até os anos 70 não é condizente com o novo papel a ser desempenhado no espaço das cidades.

No Brasil a democratização e a descentralização operadas ao longo das duas últimas décadas (quase vinte anos) reforçaram e deram maior legitimidade aos governos locais, onde a liderança pública (mais precisamente os prefeitos) tem papel preponderante na determinação e rumo das políticas adotadas, ainda que definidas nacionalmente.

A dinâmica do processo de municipalização da saúde verificada em Cabo Frio ajuda-nos a pensar sobre esta questão, onde a associação entre diferentes fatores (políticos, econômicos e sociais) internos ao município, e a implementação de novas engenharias institucionais produzem resultados específicos e diversos, fato que tem caracterizado a política de descentralização no campo da saúde. Mesmo não sendo uma experiência que retrate a realidade de todos os municípios brasileiros, podemos extrair deste caso algumas evidências que, no geral, representam pontos significativos de compreensão, tanto de avanços quanto de constrição na formação dos sistemas locais de saúde.

O período estudado ajudou-nos a perceber a dinâmica municipal *ex ant* e *ex post* às inovações institucionais implementadas no setor saúde na década de 80. No período anterior aos anos 80 pudemos verificar que, diante das mudanças demográficas e econômicas ocorridas no município, no final dos anos 70, o governo local buscou dar respostas às novas exigências colocadas no espaço da cidade, ampliando o raio de intervenção na área social, principalmente educação e saúde. Esta era uma realidade presente em diversas cidades brasileiras, que naquele momento se deparavam com um quadro de crescente heterogeneidade social (reflexo do processo de urbanização/migração), marcada principalmente pelo aumento do nível de pobreza e pela desigualdade no acesso à utilização dos bens públicos. Em contrapartida, os governos municipais, frente à debilidade de seus orçamentos, dispunham de poucas condições para dar respostas às pressões colocadas pela sociedade. Estes eram basicamente os argumentos colocados pelo movimento municipalista instaurado nessa época, que buscava maior autonomia para os governos locais, tanto pelo aspecto administrativo quanto financeiro.

Em 1978, com a reforma da estrutura administrativa, foi criada a Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio. Os gestores locais buscaram inovar no campo da saúde, contando com apoio técnico fora do município, aliando-se a grupos externos que tinham uma base de formação voltada para a saúde pública e que de alguma forma estava inserido no debate sobre a necessidade de se criar novas bases para a política de saúde no país (movimento sanitário).

Assim, verifica-se nesse período um movimento interno ao município no sentido da formação do sistema local de saúde, onde as iniciativas dos gestores locais estavam totalmente desvinculadas da política nacional de saúde. Este movimento teve por base a dinâmica econômica, social e política

da cidade, não havendo qualquer ponto de ligação com as demais instâncias de governo.

Nos anos 80, mudanças significativas são introduzidas no cenário federativo brasileiro, com reflexos importantes na área da saúde. Na área fiscal, os municípios começam a se beneficiar da partilha dos recursos da União, mediante introdução das medidas descentralizadoras, o que permitiu ampliação da base orçamentária dos municípios e conseqüentemente, a ampliação dos seus gastos, principalmente na área social. Na área das políticas sociais, especificamente no setor saúde, medidas descentralizantes são implementadas com vistas a reformular o quadro organizativo dessa política, tendo por base o município como *locus* de construção, organização e implementação das ações de saúde mais coerentes com as necessidades da população.

Verifica-se, então, que durante os anos 80 houve convergência de interesses entre as instâncias de governo (município, estado e Governo federal) que, aliados em torno da reestruturação do sistema público de saúde, de forma consensual, colocam o município como gestor imediato da política de saúde.

Em Cabo Frio este período é marcado por uma franca expansão da rede pública de serviços de saúde, que amplia a capacidade operativa das unidades existentes e investe na construção de outras, produzindo a ampliação do acesso da população à rede básica de assistência médica. Como conseqüência deste movimento (interno e externo), no final dos anos 80 a SMS recebe e passa a gerenciar unidades e recursos humanos pertencentes aos governos do estado e federal. Os gestores locais mantêm a adesão aos incentivos e as novas formas gerenciais propostas pela política nacional de saúde, chegando aos anos 90 (pós-Constituição de 1988) com o sistema local de saúde ampliado e reformulado em sua capacidade gerencial.

Entretanto, ao mesmo tempo em que há um claro investimento, tanto por parte do governo estadual quanto do federal, no sentido de tornar o governo local capacitado para gerenciar a saúde em seu território, nitidamente vai-se formando um *gap* entre as esferas de governo, no que se refere à cooperação administrativa e financeira do sistema de saúde. O governo federal, apesar de continuar definindo as regras para a organização dos sistemas de saúde em âmbito municipal, diminui a sua participação em relação aos gastos com saúde, reduzindo e atrasando o repasse dos recursos financeiros necessários à manutenção dos sistemas locais de saúde. Por outro lado o estado, em meio à crise de identidade, de certa forma causada pela condição de instância intermediária e pelas tradições culturais de suas

instituições de saúde, não consegue manter interlocução mais próxima com municípios, distanciando-se inclusive do papel de articulador e coordenador dos sistemas de saúde da região. Os gestores locais, por sua vez, apresentam um tipo de racionalidade decisória, onde predominam opções baseadas nos interesses (políticos e econômicos) inerentes ao município, em detrimento da noção sistêmica e cooperativa, reforçando assim o distanciamento existente entre as políticas definidas em nível macro e as implementadas no espaço microestrutural.

Assim, observa-se que nos anos 90 há uma tendência dos municípios (é o caso de Cabo Frio) em se manterem isolados e descolados da política nacional de saúde, optando por criar regras próprias para a organização dos seus sistemas de saúde, muitas vezes não aderindo e até mesmo rompendo com as diretrizes nacionais. Esta realidade tem apontado para o insulamento municipal e, no caso de Cabo Frio, um insulamento verificado tanto nas relações intergovernamentais quanto nas relações intersetoriais, onde o setor saúde parece girar em torno de si, em um movimento de introversão.

É certo que a política de descentralização trouxe ganhos inestimáveis para o município, que podem ser verificados mediante o grau de acessibilidade e uso dos serviços de saúde pela população, em todos os níveis das ações de saúde. Em termos gerenciais, o município ampliou seu escopo de atuação, porém as limitações ainda são evidentes: recursos humanos pouco qualificados, principalmente na área de planejamento; participação social restrita e a administração dos recursos financeiros atrelada aos interesses do prefeito e da secretaria de Fazenda. As inovações institucionais ocorridas no município e as alterações processadas nesses quase vinte anos de descentralização no setor saúde são facilmente perceptíveis.

Entretanto, ainda se verifica a convivência entre as “novas” e “velhas” formas de fazer política, no interior de suas estruturas de saúde. Existe o Conselho Municipal de Saúde, porém efetivamente é baixo o grau de participação social, pouco incentivado; e de um modo geral mantêm-se as relações clientelistas na forma de conduzir a política de saúde no município. Do mesmo modo, existe o Fundo Municipal de Saúde, sendo que os recursos transferidos especificamente para a saúde não são gerenciados pelo secretário de Saúde. As decisões alocativas precisam ser negociadas e autorizadas pelo prefeito em conjunto com o secretário de Fazenda, sem que essas decisões passem necessariamente pelo fórum deliberativo do conselho de saúde, legalmente apto para definir os rumos da política de saúde em âmbito local.

Em suma, a experiência de Cabo Frio demonstra que o ambiente social e político onde se inserem as mudanças institucionais, como bem apontou o estudo realizado por Putnan (1995), nas regiões da Itália moderna, tem condicionado a forma de implementar a política de saúde no município, o que pode explicar, junto com outras variáveis, a existência de formas diferentes de implementação da política, mesmo que estas sejam guiadas por diretrizes uniformes. Neste sentido, o estudo do caso de Cabo Frio assinalou para alguns pontos que enunciam os limiares de convergência e divergência entre a política definida nacionalmente e a política aplicada à microestrutura. Isto nos ajuda a entender a grande variedade de respostas dos municípios e as diferentes formas de adesão ao SUS, nos modelos de gestão propostos pela NOB 01/93, e os diferentes tipos de municipalização verificados nas regiões brasileiras. Dentro dos territórios, o que motiva as decisões pode ser diferente; logo causa resultados diversos também.

Assim, o processo de municipalização da saúde está longe de se constituir em movimento linear e a implantação da política descentralizadora, como temos verificado, não tem um curso único, pois os municípios não se apresentam como territórios livres de interesses e possibilidades de veto. É aí que entendemos estar a força e a fraqueza da descentralização operada no setor saúde.

Notas

- ¹ Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ e assistente social do Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ
- ² No período autoritário, se é certo que os municípios enfrentavam a questão da centralização dos recursos, por outro lado é importante ressaltar que graus de autonomia foram mantidos, tendo em vista que a escolha dos dirigentes municipais, em grande parte, se dava através do processo eleitoral.
- ³ Ações Integradas de Saúde/Sistema Único e descentralizado de Saúde/Sistema Único de Saúde.
- ⁴ As políticas descentralizantes dos anos 80/90 instituídas principalmente a partir da Constituição de 1988, têm um efeito que chamamos de maximização das instâncias locais. Estas medidas promoveram um estímulo à elevação dos níveis de competência dos municípios do ponto de vista da autonomia político-administrativa e da repartição dos recursos nacionais. Como consequência dessas mudanças constitucionais, tem-se um aumento do poder tributário dos municípios promovido pelas transferências intergovernamentais e também pelo aumento da arrecadação dos tributos municipais. Em relação às novas responsabilidades, os governos locais passaram a assumir políticas

voltadas para assegurar condições mínimas de bem-estar social, construindo um tipo de welfare local” como forma de responder tanto às prerrogativas de desenvolvimento econômico como de enfrentamento imediato das desigualdades sociais. As áreas sociais aonde os municípios mais vêm atuando têm sido educação e saúde, onde melhor se visualiza as alterações, promovidas pela política de descentralização pós-Constituição de 1988.

- ⁶ Ver Viana, A.L. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas, *Revista de Administração Pública.*, Rio de Janeiro, v.32, n.2, março/abril/1998
- ⁶ É importante dizer que não podemos considerar os anos noventa como uma década recentralizante. Entretanto no município de Cabo Frio, por razões de caráter local, observa-se esta tendência pelo menos até 1995- período do estudo, onde o município opta por não aderir integralmente as regras propostas pelo Governo Federal, inclusive a Gestão Semiplena proposta pela NOB93.
- ⁷ O movimento experimentado por Cabo Frio a partir da década de 70 pode ser analisado mediante ao que o geógrafo Milton Santos (1996) considerou como sendo o fenômeno das cidades intermediárias, ou médias. Estas cidades até 1970 apresentavam uma população em torno de 20.000 habitantes, constituindo-se nos núcleos populacionais urbanos predominantes no país. Nos anos 90, estes mesmos núcleos apresentam população com mais de 100.000 habitantes. Como centros urbanos regionais, estas cidades, ao longo dos anos, vêm experimentando a expansão e diversificação do consumo, a elevação dos níveis de renda e a difusão dos transportes modernos, junto a uma divisão do trabalho mais acentuada. Em um movimento dialético, a população cresce nesses centros em função dos seus atrativos que, segundo Santos, estão na possibilidade de usufruir do consumo produtivo e do consumo consuntivo. Por outro lado, esses atrativos se expandem em resposta às demandas cada vez mais crescentes nos centros urbanos, devido ao crescimento demográfico. Na realidade, o movimento de Cabo Frio é experimentado por vários outros municípios que se deparam com o crescimento imaneente da população urbana e os problemas advindos do processo ocorrido nas duas últimas décadas.
- ⁸ É desse período a construção do Hospital dos Servidores Municipais de Cabo Frio pertencente ao Instituto de Benefícios e Assistência dos Servidores Municipais de Cabo Frio (IBASCAF). A idéia inicial seguia na lógica dos institutos previdenciários de bases corporativas. Porém já se pensava que mais tarde este hospital poderia ser de uso de todos, uma vez que nessa época estava-se abrindo um amplo debate em torno da redefinição da política nacional de saúde. Ver Fausto, M.C.R. *Municipalização da saúde - uma experiência no Estado do Rio de Janeiro: o caso de Cabo Frio.* Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1997 (Dissertação de Mestrado).
- ⁹ Ver Fausto, 1997 (Dissertação de Mestrado).
- ¹⁰ Antes das AIS o município já dispunha de uma rede considerável de postos de saúde, fruto dos investimentos realizados pelo prefeito da gestão anterior. Entretanto eram postos pequenos, que dispunham de poucos recursos. O convênio AIS possibilitou a reforma e equipagem dessas unidades e a construção de outras, favorecendo assim o aumento da capacidade instalada da rede pública de saúde.
- ¹¹ Expressão utilizada por um dos gestores do sistema de saúde entrevistados durante a pesquisa de campo.

- ¹² No ano de 1992 foi realizado no Município de Cabo Frio o I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, onde o tema principal era o processo de municipalização da saúde. Paralelamente este encontro aconteceu o I Fórum sobre Saúde Coletiva, que buscou debater alguns temas, como programas de saúde para a comunidade, dengue, aids, entre outros.
- ¹³ Apropriamo-nos do conceito elaborado por Jonh Elster (1992 e 1994), a respeito da escolha racional dos indivíduos e sua capacidade de enfrentamento dos riscos em um cenário de incertezas. O autor coloca que, mesmo havendo oportunidades disponíveis, as pessoas podem não aproveitá-las por miopia, aversão ao risco ou porque preferem a carona (*free riding*). Neste sentido, agir como se fosse avesso aos riscos pode ser extremamente tentador, pois exclui ou diminui as margens dos riscos, uma vez que a decisão de agir está baseada nos riscos assumidos por outros.
- ¹⁴ Ver Fausto, 1997 (Dissertação de Mestrado). O estudo realizado no município mostra, por exemplo, que as unidades básicas de saúde contam essencialmente com profissionais médicos e auxiliares de enfermagem, que no processo de trabalho dedicam-se às consultas médicas. Raramente existe um trabalho integrado com a comunidade ou com setores como educação, meio ambiente, planejamento urbano, entre outros. A existência desses trabalhos passa pela iniciativa de um ou outro profissional, e não por uma linha de trabalho definida no plano de gestão da saúde

Referências Bibliográficas

- ABRUCIO, F.L., COUTO, C.G. *A redefinição do papel do estado no âmbito local*. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 40-47, 1996.
- AFFONSO, R. *Os municípios e os desafios da federação no Brasil*. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 3-10, 1996.
- ELSTER, J. *Auto-realização no trabalho e na política: a concepção marxista da boa vida*. Lua Nova, São Paulo, n. 25, p. 61-101, 1992.
- _____. *Peças e engrenagens das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- FACHINETTO, N.J.; MISOCZKY, M.C.; TERRA, O.G. *Municipalização da saúde na prática: a experiência de Santa Rosa*. Porto Alegre: Da Casa Editora, 1996.
- FAUSTO, M.C.R. *Municipalização da saúde: uma experiência no Estado do Rio de Janeiro: o caso de Cabo Frio*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- GOULART, F.A.A. *Municipalização: veredas: caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1996.
- OLIVEIRA, A.M.F. *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.
- PARADA, R. *Sistema estadual de saúde, descentralização e relações intergovernamentais: um estudo sobre o estado do Rio de Janeiro*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- PUTNAM, R. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1996.
- SANTOS, M. *A urbanização brasileira*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- VIANA, A.L.D. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 23-33, mar./abr. 1998.

ABSTRACT

Contemporary Limits and Drawbacks of the Municipal Management in Health System: the Experience of Cabo Frio District

This paper presents an analysis of the changes occurred in the health field, specifically regarding the decentralizing actions taken during the 80's. It examines how the decentralization politics has provoked changes in the organization and practices of health services, specially in Cabo Frio. The study is based on two main analysis: the urbanization process and its impacts on the social and economic life of the district. On the other hand, it also analyses the decentralizing policies practiced during 80's and 90's acting as a source of institutional changes that caused a growth in the districts. The conclusions are based on the virtuality of the micro process, that means, the powerful dynamics of the relationships established within the district, and its relation with the laws on a macro-structural level.

Keywords: social politics; health politics; decentralization; municipal management

Recebido em: janeiro de 2001.

Aprovado em: fevereiro de 2001.