

COLEÇÃO ABIA

Políticas Públicas

7

Descentralização e políticas públicas para DST/AIDS:

Estudo do Sistema de Saúde no
Estado do Rio de Janeiro

Organizadores

ALCINDO ANTÔNIO FERLA, LISIANE BÖER POSSA,
MARIANA BERTOL LEAL, ANDREI GARZIERA VALÉRIO,
SUZETE MARCHETO CLAUSS



Associação Brasileira
Interdisciplinar de AIDS

CEDOC / ABIA
Book
Rio de Janeiro-RJ

COLEÇÃO ABIA

Políticas Públicas

7

Descentralização e políticas públicas para DST/AIDS:

Estudo do Sistema de Saúde no
Estado do Rio de Janeiro

Organizadores

ALCINDO ANTÔNIO FERLA, LISIANÉ BÔER POSSA,
MARIANA BERTOL LEAL, ANDREI GARZIERA VALÉRIO,
SUZETE MARCHETO CLAUSS



Associação Brasileira
Interdisciplinar de AIDS

Copyright© by ABIA, 2006

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA

Rua da Candelária, 79/10º andar - Centro

CEP: 20091-020 - Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 2223-1040 Fax: (21) 2253-8495

E-mail: abia@abiains.org.br | www.abiains.org.br

DIRETORIA

Diretor-Presidente: RICHARD PARKER

Diretora Vice-Presidente: REGINA MARIA BARBOSA

Secretária Geral: MIRIAM VENTURA

Tesoureiro: JOSÉ LOUREIRO

Coordenação Geral: VERIANO TERTO JR. E CRISTINA PIMENTA

REVISÃO TÉCNICA: Ivia Maksud e Ricardo Mölnar

REVISÃO DO TEXTO: Malu Resende

COORDENAÇÃO EDITORIAL: Wilma Ferraz

CAPA: A4 Mãos

PROJETO GRÁFICO: Wilma Ferraz e Juan Carlos Raxach

DIAGRAMAÇÃO: Estúdio Metara [estudiometara.com.br]

APOIO:



FORD FOUNDATION

IMPRESSÃO: Gráfica Stampipa

TIRAGEM: 1.000 exemplares

CIP-Brasil. Catalogação na Fonte. Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

D485

Descentralização e políticas públicas para DST/AIDS : estudo do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro / Alcindo Antônio Ferla... [et al.]. – Rio de Janeiro : ABIA, 2006. – (Coleção ABIA. Políticas públicas ; n.7)

42p.

Inclui bibliografia

ISBN 85-88684-27-6

1. AIDS (Doença) – Política governamental – Rio de Janeiro (Estado). 2. Política de saúde – Rio de Janeiro (Estado).
3. AIDS (Doença) – Política governamental – Brasil. 4. Descentralização da administração pública – Brasil.
I. Ferla, Alcindo Antonio, 1967-. II. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. III. Série.

06-1944. CDD 362.1964920098153

CDU 616.98 (815.3)

É permitida a reprodução total ou parcial do artigo desta publicação, desde que citadas a fonte e os autores.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1. INTRODUÇÃO	8
2. A DESCENTRALIZAÇÃO COMO ATRIBUTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO	10
2.1. Estado Federativo, Autonomia e Responsabilidade das Esferas de Governo	10
2.2. Direito à Saúde como Direito de Acesso e de Participação	11
2.3. O Conceito Ampliado de Saúde no Âmbito das Políticas Atuais	14
2.4. A Descentralização do Sistema de Saúde no Arcabouço Jurídico-Legal Brasileiro	16
3. A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	18
3.1. A Atenção à Saúde no Estado do Rio de Janeiro	18
3.1.1. A assistência à saúde no Estado do Rio de Janeiro	19
3.1.2. O sistema estadual de saúde na perspectiva dos participantes das oficinas e dos gestores	20
3.2. A Gestão do Sistema de Saúde no Estado do Rio de Janeiro	22
3.2.1. A relação entre os gestores no Estado do Rio de Janeiro	27
3.2.1.1. As interfaces entre os programas de AIDS das três esferas de gestão	29
3.2.2. As relações com os serviços de saúde	30
3.2.3. A relação entre o estado e a sociedade civil na saúde no Rio de Janeiro	32
3.2.3.1. As questões do controle social em saúde no contexto da pesquisa	33
4. ALGUMAS QUESTÕES PARA UMA AGENDA DE MOBILIZAÇÃO DOS ATORES DO SISTEMA DE SAÚDE	35
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos nesta coleção o texto *Descentralização e políticas públicas para DST/AIDS: estudo do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro*.

Neste texto, são mostrados os resultados de uma pesquisa realizada pela ABIA via consultoria de Alcindo Ferla e colaboradores. O diagnóstico é parte das atividades do projeto *Mobilização social e descentralização das políticas públicas de HIV/AIDS no Brasil*, financiado pela Fundação Ford que, entre 2003 e 2005, desenvolveu uma série de atividades envolvendo o acompanhamento de políticas públicas relacionadas ao HIV/AIDS, entre as quais as de descentralização das políticas e das ações para DST/AIDS. As ações do projeto visaram ainda, através da capacitação e da realização de campanhas, mobilizar a opinião pública e alguns setores-chave para o desenvolvimento das políticas públicas de DST/AIDS, como os gestores e os conselheiros do SUS, ativistas de diferentes movimentos sociais, profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV/AIDS, entre outras.

Avaliamos como de suma importância conhecer a situação da descentralização das políticas públicas de saúde no Brasil. A questão, além de atual, apresenta uma série de desafios para os Programas de AIDS e para todos os envolvidos na luta contra esta doença. Embora prevista no SUS, a descentralização não pode ser confundida com uma pulverização de ações ou uma simples transferência de responsabilidades de uma esfera para outra. Até que ponto estados, em âmbito local, têm a mesma condição de implementação e de gerência que o nível federal quando o assunto são as políticas de saúde? A atual política de acesso aos medicamentos para o tratamento de AIDS é pactuada entre os níveis federal, estadual e municipal. No primeiro deles, estaria centralizada a compra de medicamentos anti-retrovirais. Aos estados e aos municípios caberia a compra de medicamentos para infecções oportunistas e DST, respectivamente. Enquanto no âmbito federal a compra e a distribuição dos medicamentos anti-retrovirais tem funcionado de maneira regular, o acesso aos outros medicamentos ainda é bastante precário na maioria dos estados e dos municípios brasileiros. As atuais políticas de descentralização poderiam melhorar ou piorar ainda mais este quadro? Questões como esta moveram a ABIA a realizar o presente trabalho.

A pesquisa contextualiza o processo de descentralização das políticas de DST/AIDS no Estado do Rio de Janeiro, destacando a relação entre as esferas de governo (planos federal, estadual, municipal) no que se refere a elas, e analisa a relação da SES/RJ com o controle social (Conselhos de Saúde, ONGs e movimento social). Nesse sentido, são identificados os principais entraves e gargalos da política de descentralização nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, bem como os seus principais "pontos fortes".

A escolha do Estado do Rio de Janeiro não se deu apenas por nele estar a ABIA, mas porque vem apresentando uma série de desafios na área da saúde, incluindo desencontros entre níveis (e não responsáveis) que dificultam o acesso dos usuários ao tratamento e aos medicamentos. Esperamos que os impasses, desafios e lições do Rio de Janeiro, trazidos ao longo do texto, possam interessar não apenas ao público carioca e fluminense, mas a todos os estados, onde certamente as políticas de descentralização vêm apresentando desafios e possibilidades. Faz-se mister discutir com a comunidade e as ONGs formas de melhor acompanhar e intervir nessas políticas. Esperamos que o conteúdo desta publicação venha subsidiar a discussão e municiar todos os envolvidos com dados e questões que possam aprimorar as ações de controle social.

Cristina Pimenta^(a), Veriano Terto Jr.^(b) e
Ivia Maksud^(c)

^(a) Coordenadora Geral da ABIA.

^(b) Coordenador Geral da ABIA.

^(c) Assessora de Projetos da ABIA.



DESCENTRALIZAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DST/AIDS:

Estudo do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro¹

ALCINDO ANTÔNIO FERLA,² LISIANE BÔER POSSA³,
MARIANA BERTOL LEAL⁴, ANDREI GARZIERA VALÉRIO⁵,
SUZETE MARCHETO CLAUSS⁶

RESUMO

A descentralização é um princípio legal e uma idéia-força das reformas do setor de saúde brasileiro, fortalecido com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de descentralização, bem como as demais questões que envolvem o sistema de saúde, tem efeitos diferenciados e heterogêneos no território nacio-

nal. Inúmeras tentativas de operacionalizá-lo, algumas contraditórias entre si, foram desencadeadas por estados e pelo Ministério da Saúde nos últimos anos. A descentralização no Estado do Rio de Janeiro, focando a atenção em AIDS como um marcador, foi objeto de pesquisa exploratória, na qual foram buscadas evidências do “estado da arte” desse processo em da-

¹ Artigo produzido com base na pesquisa “Descentralização e políticas públicas para DST/AIDS: estudo do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro”, realizada para a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), com apoio da Fundação Ford e do Ministério da Saúde. Os autores agradecem ao Fórum de ONG/AIDS do Estado do Rio de Janeiro, às Secretarias Municipais de Saúde de Cabo Frio, Campos, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e São Gonçalo; à Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, particularmente à Coordenação de DST/AIDS; e ao Ministério da Saúde, em particular à Coordenação do Programa DST e AIDS, ao Departamento de Apoio à Descentralização e à Assessoria para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro pela participação na pesquisa e a oferta de dados que a tornaram possível.

² Médico, doutor em Educação e Saúde (UFRGS), professor da Universidade de Caxias do Sul (UCS), pesquisador do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva (NEPESC/UCS), coordenador do projeto de pesquisa.

³ Fisioterapeuta, mestranda em sociologia (UFRGS), docente e pesquisadora em Saúde Coletiva.

⁴ Administradora de sistemas e serviços de saúde (UERGS).

⁵ Estudante de medicina da Universidade de Caxias do Sul.

⁶ Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP) e coordenadora do NEPESC/UCS.

dos secundários, na análise documental e em entrevistas com representantes institucionais de Secretarias Municipais de Saúde, da Secretaria Estadual e do Ministério da Saúde.

O processo de descentralização foi analisado tomando-se como base a organização da atenção, a organização da gestão e da participação da população no sistema de saúde, a partir da perspectiva dos atores participantes de oficinas de trabalho com Conselheiros de Saúde – realizadas pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) nos anos de 2004 e 2005 – e das instituições entrevistadas. A análise sinaliza um processo incipiente e de resultados ainda tênues na regionalização da atenção à saúde. Indica também um certo esgotamento nas formas e nos mecanismos de articulação dos gestores (comissões intergestores e mecanismos de planejamento e acompanhamento) previstos legalmente, ao mesmo tempo em que demonstra a construção de novos dispositivos para a articulação das diferentes esferas de governo.

Em relação à participação da população no sistema de saúde, aponta para a percepção de uma excessiva formalização nos mecanismos existentes, particularmente em relação à AIDS, que se expressa através de uma rede de organizações da sociedade civil que vem acompanhando a execução das políticas públicas, por vezes com atuação mais operacional e outras formando redes sociais de acompanhamento dessas políticas. Por outro lado, quanto à participação, observa-se o fortalecimento de uma *esfera pública híbrida* (Santos, 2001) para o exercício do controle sobre as políticas de saúde. A pesquisa apontou também para um conjunto de temas que podem compor uma agenda de articulação dos atores, incluindo a informação em saúde, a descentralização do sistema de saúde, a gestão de recursos e insumos para a saúde, a integralidade da atenção, a educação permanente em saúde e o fortalecimento da esfera pública híbrida na defesa da vida e da saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE:

- Descentralização na saúde, DST/AIDS, integralidade em saúde, políticas públicas de saúde.

1. INTRODUÇÃO

A descentralização do sistema de saúde é princípio ético-político do processo de reformas institucionais que vem sendo implementado no Brasil, principalmente a partir do final da década de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme prevê o texto da Constituição Brasileira de 1988, três vetores compõem as diretrizes que devem orientar esse processo: a descentralização da gestão, a integralidade da atenção e a participação da população (Brasil, 1988).

Apesar do *status* de texto constitucional, o momento atual do sistema de saúde brasileiro ainda é de implementação do arcabouço ético, político e operacional previsto nesse documento legal. Resistências e dificuldades de toda ordem desafiam os atores do cotidiano do sistema. Por outro lado, grandes avanços distribuídos pelo território nacional já permitem visualizar o percurso realizado. Especificamente no que diz respeito à gestão descentralizada, está prevista a responsabilidade do município pela direção do sistema de saúde no âmbito do seu território, com co-responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde. Uma amostra das dificuldades ainda existentes para o compartilhamento das responsabilidades entre as três esferas de governo foi o chamado “estado de calamidade pública” na atenção hospitalar do Município do Rio de Janeiro que, em março de 2005, provocou a intervenção federal no sistema de saúde desta capital. Independente do mérito daquela operação, a justificativa apresentada (a crise no atendimento hospitalar com efeitos de extremo risco para a saúde da

população) e o fato em si de que mecanismos dessa envergadura sejam implementados evidenciam dificuldades na produção de tecnologias de co-responsabilidade institucional entre as três esferas de governo. Por outro lado, os indicadores de ampliação da cobertura assistencial e da oferta de ações e serviços, bem como a rápida expansão de estratégias de reorganização da atenção básica na grande maioria dos municípios brasileiros, evidenciam outro extremo da crise denunciada: a grande capacidade local de produção de arranjos assistenciais para a atenção à saúde.

O caso específico da atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS é representativo desse cenário complexo. Essa situação de morbidade exige uma capacidade de resposta rápida do sistema de saúde no que diz respeito a diferentes patamares de oferta tecnológica (da prevenção à assistência especializada). Há uma grande rede de atores mobilizados em torno do acompanhamento das ações públicas voltadas à atenção dos sujeitos com essa patologia. O custo dos procedimentos faz com que a quase totalidade das ações especializadas que são necessárias seja acessada por meio da rede pública de serviços. E, por fim, há consenso de que evitar a doença com ações educativas e de prevenção é o “melhor remédio”. Concomitantemente às questões que envolvem a vulnerabilidade, o risco, o adoecimento e o cuidado, um expressivo conjunto de valores morais e de convicções políticas gera tensões e questionamentos sobre a oferta de atenção às pessoas com HIV/AIDS no sistema público de saúde.⁷

Agilidade e capacidade dos serviços e do sistema de saúde para respostas assistenciais complexas são necessárias, já que, por suas próprias características, a doença transversaliza o sistema de saúde como um todo: ao mesmo tempo em que demanda ações e procedimentos específicos e especializados para o controle de sua

evolução, aumenta a vulnerabilidade individual a outras doenças e gera demanda de acesso às ações e aos procedimentos necessários à abordagem de inúmeros outros quadros de morbidade. Apesar desse contexto, ou justamente por essas características, o sistema público de saúde brasileiro vem tendo capacidade de abordagem assistencial diferenciada, reconhecida no país e fora dele, embora ainda existam lacunas importantes na atenção individual aos doentes. A assistência às pessoas com HIV/AIDS torna-se, desse ponto de vista, um marcador da organização e do funcionamento do sistema de saúde no país. Um marcador que pode auxiliar a produzir as tensões ainda necessárias ao mais rápido avanço do processo de efetivação do sistema de saúde, tal qual previsto na legislação brasileira e proposto no ideário do movimento de reformas que lhe deu origem.

No contexto desse processo, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) encomendou pesquisa sobre a situação da descentralização do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro, tomando a situação do atendimento às pessoas com HIV/AIDS como marcador.

O texto aqui apresentado é composto com base na pesquisa, de caráter descritivo e exploratório, feita no período de outubro de 2005 a janeiro de 2006. Essa pesquisa utilizou-se de um *mix* de técnicas, que incluiu a análise de dados secundários dos sistemas nacionais de informação da área da saúde, a análise documental, o grupo focal, a observação e a entrevista com representantes institucionais indicados por seis Secretarias Municipais de Saúde (Cabo Frio,

⁷ Diversos estudos têm se ocupado da análise dos efeitos da epidemia de AIDS na formulação e nas respostas específicas das políticas públicas (Galvão, 2000; Parker, 2000; Guilhem, 2005). A revista *Divulgação em Saúde para Debate*, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), publicou número temático (nº 27, agosto de 2003) sobre o tema “A resposta Brasileira ao HIV/AIDS”.

Campos dos Goytacazes, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo), da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e do Ministério da Saúde. A trajetória da pesquisa, cujos resultados estão relatados neste artigo, percorreu a análise da situação do sistema de saúde em três eixos constitutivos: a organização da atenção, a organização da gestão e o controle e a participação da sociedade civil.

O presente artigo apresenta os principais achados da pesquisa, buscando sua validação, conforme desenho metodológico proposto inicialmente. Está composto por uma reflexão inicial acerca da descentralização recente no sistema de saúde brasileiro e pela análise da situação do sistema estadual de saúde do Rio de Janeiro, a partir dos eixos já apresentados, com ênfase na atenção em DST/AIDS. Por fim, apresentam-se algumas questões que, com base na pesquisa realizada, podem gerar uma agenda propositiva, com capacidade de contribuir para o processo de descentralização, passível de ser utilizada pela rede de entidades da sociedade civil envolvidas com a Política de DST/AIDS e sensibilizadas com a proposição da ABIA.

2. A DESCENTRALIZAÇÃO COMO ATRIBUTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO

A análise do processo de descentralização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) implica considerar um conjunto de questões inter-relacionadas. A primeira delas é relativa ao modelo constitucional de Estado e à relação entre as esferas de governo; a segunda é relativa à relação entre o Estado e os indivíduos; uma terceira é relativa à construção conceitual da saúde; e, por último, a modelagem da descentralização no arcabouço jurídico brasileiro. Essas considerações são importantes pela necessidade de firmar um referencial de análise, já que a simples identificação de mecanismos, dispo-

sitivos e políticas para orientarem processos de descentralização nem sempre garantem coerência com os referenciais ético-políticos e mesmo legais desse processo.

2.1. Estado Federativo, Autonomia e Responsabilidade das Esferas de Governo

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) estabelece que o Estado brasileiro é uma República Federativa democrática e de direito, formada pela união "indissolúvel" entre estados, Distrito Federal e municípios (Art. 1º). Segundo o mesmo diploma legal, a República Federativa do Brasil tem organização político-administrativa composta pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, todos autônomos entre si e submetidos a um conjunto de normas e princípios fundamentais. Para efeitos da análise que se faz neste artigo, esta definição é muito importante e tem subsídios relevantes na produção teórica.

Na teoria política, a caracterização do Estado Federal envolve, entre muitas e complexas questões, um eixo de relação do Governo com a Sociedade e outro eixo de relação entre diferentes níveis de governo.⁸ No âmbito dessas formulações, o surgimento do Estado Nacional está associado a um movimento político e cultural que gerou, como resultados não-desejados e não-previstos, a centralização (com uma enorme concentração de poder no Estado burocrático), a integração nacional (com a atenua-

⁸ A construção do Estado moderno, as tensões de ordem ideológica e política, a associação entre os conceitos de Estado e Nação e outras questões fundamentais da teoria política são tematizadas em publicações específicas. Para essa análise, procuramos recortar dessas formulações especificamente as questões citadas, uma vez que dialogam com o modelo institucional de descentralização previsto no âmbito da saúde. Entre outras fontes, uma revisão sobre esses temas pode ser encontrada em: Bobbio, Matteucci & Pasquino, 2000. Ver, particularmente, os verbetes "Estado contemporâneo", "Federalismo", "Nação" e "Nacionalismo".

ção e a supressão de vínculos entre os sujeitos e as comunidades menores e maiores do que as nações) e um nacionalismo fechado e belicoso (Bobbio, Matteucci & Pasquino, 2000). Interessa aqui apontar uma construção conceitual-legal e político-institucional inovadora⁹ no arcabouço constitucional brasileiro, que define um modelo de República Federativa formada pela união “indissolúvel” entre as esferas de governo que têm, ao mesmo tempo, autonomia entre si e dependência em relação a princípios e a diretrizes legais, a qual passaremos a designar de **autonomia relativa das três esferas de governo** no decorrer da análise.

Especificamente no que se refere ao sistema de saúde, essa autonomia relativa tem duas dimensões fundamentais: a co-responsabilidade entre as esferas de governo e o dever de assegurar o direito social de saúde à população. Essas dimensões emergem do texto constitucional na definição da saúde como direito social (Art. 6º), na atribuição de competência municipal de prestar atendimento à saúde com cooperação técnica e financeira da União e dos estados (Art. 30, Inciso VII) e, finalmente, como explicitação máxima, a disposição de que “saúde é um direito de todos e dever do Estado” (Art. 197). Temos, assim, que essa relativização da autonomia está dada pelo **compartilhamento da responsabilidade** e, entre outras disposições, pelo **dever de assegurar a saúde à população**. Reforça essa definição constitucional a disposição contida na Lei Federal nº 8080/90: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições **indispensáveis** para o seu pleno exercício” (Art. 2º).

⁹ A expressão “inovadora” diz respeito, conforme formulação de Boaventura de Sousa Santos (2001) a tensões, rupturas e transição referentes ao paradigma instituído. No caso do modelo de Estado brasileiro, essa designação deverá chamar a atenção para a idéia de reconhecimento e autonomia legal das esferas subnacionais e, como se verá a seguir, para a idéia de protagonismo da sociedade civil.

Evidentemente que a aproximação com o conteúdo das disposições contidas na Constituição Brasileira e o contexto teórico-político em que foi formulado não esgota a complexidade do problema das relações entre as esferas de governo, como já identificado em diversos estudos.¹⁰ Tensões políticas entre os governantes, heterogeneidade social e cultural, questões fiscais, a própria cultura centralizadora e inúmeros outros recortes têm gerado análises sobre as dificuldades da implementação de um efetivo pacto federativo que implemente a matriz conceitual registrada na Constituição brasileira.

2.2. Direito à Saúde como Direito de Acesso e de Participação

A segunda questão que se quer destacar nesta análise diz respeito às relações entre Estado e Sociedade Civil¹¹ no campo da saúde. Também aqui não se pretende uma exaustiva revisão teórico-conceitual, mas apontar algumas questões nevrálgicas para a construção ético-legal do SUS. Para tanto, já delineados alguns pontos da teoria do Estado que configuram muito genericamente a relação deste com os indivíduos e a noção de direito à saúde, parece oportuna a caracterização desse direito e da participação da população no sistema de saúde. Com essa escolha, pretende-se eleger uma categoria analítica que absorva parte significativa da construção histórica e social da relação

¹⁰ O problema das relações federativas no contexto brasileiro foi objeto de análise de diversos estudos, em particular durante os anos da década de 90 (Affonso & Silva, 1996; Jovchelovitch, 1993; Heimann *et al*, 2000). Souza (2002) realiza interessante revisão histórico-política, destacando as políticas sociais e a questão da heterogeneidade do país.

¹¹ Entre as referências teóricas utilizadas na teoria política, optamos pela formulação marxista, que se embasa numa dicotomia entre Sociedade civil e Estado, designando pela primeira a relação entre os indivíduos, por ser a mais comumente utilizada em nosso meio (Bobbio, Matteucci & Pasquino, 2000).

entre as práticas de saúde e as práticas de governo, tomadas como práticas sociais, bem como da própria construção das políticas sociais, tais como são concebidas na contemporaneidade.¹² O direito à saúde, segundo as disposições legais vigentes atualmente no país, é um duplo direito: direito de acesso às ações e aos serviços de saúde e direito de participação na formulação e no acompanhamento das políticas para esse setor.¹³

A primeira dimensão desse direito é visível na textualidade do Artigo 196 da Constituição Federal, que já foi citado. A segunda é a diretriz constitucional de participação da comunidade no sistema de saúde, definida no Inciso III do Artigo 198 e parcialmente regulamentada por meio da Lei Federal nº 8.142/90. Essa lei – cujo escopo é a **participação da população na gestão do SUS** e as transferências financeiras entre as esferas de governo na área da saúde – define que as Conferências e os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas que devem existir e operar em cada esfera de governo para proporem diretrizes, formularem estratégias e controlarem a execução das políticas de saúde. Uma leitura cuidadosa das disposições constitucionais da cidadania como fundamento da Federação (Art. 1º, Inciso II), do direito à informação, à liberdade de expressão e à associação e à igualdade perante a lei (Art. 5º), bem como das demais disposições da Seguridade Social (Título VII, Capítulo II) identificará outras dimensões da idéia da participação na

¹² A revisão, no âmbito da teoria política, das principais características das relações entre Estado e Sociedade Civil pode ser encontrada em Bobbio, Matteucci & Pasquino (2000). Uma revisão teórica das principais questões que envolvem políticas de cuidado à saúde e políticas de governo pode ser encontrada em Ferla (2002).

¹³ Formulações atuais acerca do direito de acesso, à luz das discussões sobre a integralidade, podem ser localizadas em publicação recente do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde – Lappis (Pinheiro & Mattos, 2005).

saúde que não estão abrangidas pelos conceitos de Conferências e Conselhos de Saúde. A literatura na área da Saúde Coletiva aponta diferentes potencialidades para os sentidos possíveis da participação da população no sistema de saúde, com maior ou menor potencialidade de inovação.¹⁴ Para essa análise, é fundamental o registro de que a participação da população é uma dimensão do direito à saúde.

Talvez aqui devêssemos acrescentar, em boa medida, respondendo aos achados do trabalho de campo, a existência de duas vertentes principais de sentidos em relação à idéia da participação: um campo de sentidos que aponta para o protagonismo na configuração das ações e dos serviços de saúde – do sistema de saúde em suas partes ou no seu todo – e um segundo campo de sentidos em que a participação da sociedade é referida ao compartilhamento com o poder público da execução de ações no âmbito dos direitos sociais. Esse segundo campo de sentidos tem uma afirmação tênue na legislação e forte na história das políticas sociais, em particular da saúde.

No que diz respeito à legislação, a Constituição Brasileira refere, na definição do conceito da Seguridade Social, iniciativas da sociedade civil destinadas a assegurarem os direitos relativos às áreas que a compõem (Art. 194). Não há menção similar nos artigos da Constituição que descrevem especificamente a área da saúde. Somente na legislação infraconstitucional, em particular na Lei Federal nº 8.080/90, essa questão é referida, por meio do registro de que o dever do Estado de garantir a saúde não exclui o das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade (Art. 2º, § 2º). Na história da saúde pública, entretanto, o compartilhamen-

¹⁴ Diversas publicações têm se debruçado sobre a revisão das questões da participação da população nas políticas públicas, em particular nas políticas sociais (Pinheiro, 2001; Côrtes, 2002; Ferla & Jaeger, 2002; Ferla, 2004).

to de atribuições de atenção à saúde e mesmo a delegação à sociedade civil da responsabilidade de executar essas ações aparecem com alguma frequência, principalmente na modernidade, em períodos de crise política e social (Carvalho, Petris & Turini, 2001; Côrtes, 2002; Ferla, 2002; Ferla, 2004). Não se trata aqui de analisar as ações que são desenvolvidas autonomamente no âmbito dos grupos sociais e das instituições, senão aquelas que têm o *status* formal de pertencer ao âmbito dos sistemas de saúde.

Na esfera do processo de reforma do setor saúde no Brasil, é necessário assinalar que as disposições que mobilizaram amplos setores da sociedade civil foram a afirmação do dever do Estado em garantir o direito à saúde da população e a de assegurar que a idéia da participação estivesse associada ao campo de sentidos que marcam a idéia de protagonismo na configuração e no controle de ações e de políticas implementadas pelo Estado. Tanto que há separação clara entre o que se pode chamar de campo da execução de ações de saúde e o da formulação das políticas.

No campo de execução de ações de saúde, que caracteriza o que passou a ser denominado de função de prestação de serviços, é possível encontrar entidades e organizações diretamente ligadas ao poder público ou a ele formalmente vinculadas, em caráter suplementar, por meio de contratos e convênios. Existem, ainda, prestadores que não estão vinculados ao sistema público de saúde e constituem o seu componente complementar. O que é importante registrar, em relação aos órgãos e às entidades que se caracterizam como prestadores de serviço, responsáveis pela execução das ações e dos serviços de saúde no país, é que estão submetidos à regulamentação, à fiscalização e ao controle do poder público, por decorrência das disposições de contratos e convênios (quando com-

põem o sistema público de saúde) e, antes disso, em decorrência da disposição constitucional que caracteriza toda e qualquer ação e serviço de saúde como de relevância pública (Art. 197).

No âmbito da formulação das políticas de saúde, no qual o sentido atual de participação da população está afirmado, o controle é exercido também pela sociedade¹⁵ por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Vale destacar aqui o vetor de definição do sentido da expressão do controle: de um lado, o vetor é colocado no sentido do Estado para a sociedade civil e, no outro, no sentido da sociedade civil para o Estado.¹⁶ No contexto do movimento de reforma do setor saúde no Brasil, a separação clara entre a prestação de serviços e a formulação da política e do controle do sistema de saúde foi motivada, entre outros fatores, pela identificação de interesses diversos entre essas duas funções, que é parcialmente encontrada também na literatura internacional sobre o tema.

A dicotomia entre interesses públicos e interesses privados caracteriza, em boa medida, a percepção da diferença entre as duas funções, conforme se poderá identificar, por exemplo, no Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2004b). Para os espaços de participação da população no sistema de saúde estão desenhados, atualmente, mecanismos de articulação entre o governo e a sociedade civil que configuram uma espécie de *esfera pública híbrida* (Santos, 2001),

¹⁵ A própria legislação que cria Conselhos e Conferências não exime desse controle os órgãos do Executivo, do Legislativo e do Judiciário, que são responsáveis pelo controle das ações governamentais.

¹⁶ A mudança de sentido da expressão "controle social", de um conjunto de dispositivos de disciplinamento da sociedade para um conjunto de dispositivos de controle das políticas pela população, pode ser revisada em produções anteriores (Ferla, 2002; Ferla, 2004).

na qual diferentes setores da sociedade exercem protagonismo no controle e na orientação das políticas públicas. Nesses espaços, há atuação prevista para os vários atores que compõem o cenário da saúde, de acordo com a função que exercem no sistema de saúde (governo, prestadores públicos e privados de serviço, trabalhadores e usuários), pelo entendimento corrente de que essa função aglutinaria pólos de interesses com capacidade de configurar a atuação dos atores.¹⁷

Portanto, o conceito de direito à saúde como acesso e como participação, para ser utilizado como categoria analítica que sintetiza parcialmente a construção histórica e social que representa o arcabouço político-institucional do sistema de saúde brasileiro atual, precisa ser construído e fortalecido enquanto participação na definição e no controle das políticas de saúde. Da mesma forma, é necessário caracterizar também a dimensão do acesso, a qual deverá estar associada a uma construção conceitual particular da saúde, como se verá a seguir.

2.3. O Conceito Ampliado de Saúde no Âmbito das Políticas Atuais

A configuração do direito das pessoas de acesso a ações e a serviços de saúde implica uma melhor definição deste termo, quer porque os sentidos atribuídos à saúde são social e historicamente construídos, ou porque há um sentido específico registrado nos documentos legais que definem o sistema de saúde brasileiro e, em particular, os atributos para o vetor de descentralização desse sistema. Segundo a Constituição

¹⁷ Estudos sobre a participação da população nas políticas públicas, em particular nas políticas sociais, demonstram que um conjunto mais ampliado de interesses, mais suscetível de contradições do que essa compreensão indica é necessário para explicar a dinâmica e os efeitos dos processos participativos (CÔRTEZ, 1999; CÔRTEZ, 2002; FERLA & JAEGER, 2002).

Brasileira de 1988, o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196). O conceito ampliado de saúde, assim definido, gera algumas conseqüências práticas relevantes, que merecem ser destacadas:

- Ampliação do enfoque, tradicionalmente biológico, do “objeto de atuação” colocado para o sistema de saúde (a assistência biomédica);
- Proposição de um fluxo ininterrupto entre as ações de promoção e proteção, tradicionalmente denominadas de Saúde Pública, e as ações de recuperação da saúde;¹⁸
- Atribuição de um certo *status* de insuficiência nas práticas de saúde confinadas ao modelo biomédico ainda vigente;
- Abertura de um campo de embates políticos nas arenas que se formam no sistema de saúde, produzindo tensões potentes para impulsionar as mudanças necessárias para a transição de valores e práticas ainda vigentes.¹⁹

¹⁸ Como aponta Parker (2002), a dimensão de integralidade assinalada no arcabouço jurídico-legal, mas também no ético-político, afirma esse *continuum*, não pela lógica liberal de diminuição de custos da assistência, mas pela garantia de qualidade de vida das pessoas, que descreve de forma mais adequada o direito assegurado pela legislação. Essa ressalva é fundamental na medida em que politiza a questão da prevenção e, assim, recompõe o *status* dessas ações, atualmente seqüestradas por um pólo de racionalidade técnica, facilmente transformado em critério de decisão. As ações assim colocadas buscam primar não pela adequação à população a que se destinam, ou mesmo pelos seus efeitos reais ou potenciais, mas pela simplificação tecnológica e de baixo custo.

¹⁹ As formulações feitas atualmente sobre práticas de integralidade, conforme demonstram as produções do LAPPIS, são uma boa evidência da mudança potencial de perspectivas que esse conceito permite em relação a uma situação típica, na qual o discurso técnico e a racionalidade burocrática ainda têm, em muitos locais, a franca predominância para desencadear a ação acerca do cuidado.

O conceito ampliado de saúde coloca para o sistema de saúde brasileiro, de forma particularmente aguda, dois problemas relevantes: a necessidade de produção de tecnologias específicas para a organização da gestão do sistema de saúde e a de organização da atenção à saúde propriamente dita.

Em relação às tecnologias de gestão, uma primeira questão de âmbito conceitual foi abordada pela Norma Operacional Básica nº 01/1996. Nesse instrumento normativo, foi firmado o conceito de gestão como “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (...), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (NOB/96). Este conceito, que somente na aparência dissocia a dimensão política da dimensão operacional, busca separar dois âmbitos de atuação diferentes, ambos com as duas dimensões citadas: o dos sistemas e o dos serviços de saúde. Ao reservar a designação de “gestão” para os sistemas e a de “gerência” para os serviços de saúde, define distintos campos de atuação para os dirigentes de ambos. Campos de atuação diferentes supõem a subordinação a diferentes estratégias normativas: para os serviços de saúde, públicos e privados, pertencentes ou não ao sistema público de saúde, devem ser observadas normas e mecanismos de regulação definidos pelo poder público, conforme determina o Artigo 197 da Constituição Brasileira; já os sistemas de saúde se orientam pelos princípios e pelas diretrizes doutrinários e organizacionais, conforme já havia definido a Norma Operacional Básica nº 01/1993; já os sistemas de saúde se orientam pelos princípios e pelas diretrizes doutrinários e organizacionais, conforme já havia definido a Norma Operacional Básica nº 01/1993:

O conceito de unicidade do sistema de saúde preconizado na legislação não deve ser entendido como for-

ma única de organização em todo o território nacional. É preciso levar em consideração as enormes desigualdades identificadas no país, sejam elas de natureza cultural, econômica ou social. (...) A expressão ÚNICO de que falam a Constituição e a Lei 8080 deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, estaria englobando a universalidade, a equidade e a integralidade e, do ponto de vista organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social (Ministério da Saúde, 1993). Portanto, mais do que propor tecnologias uniformes para a gestão dos sistemas de saúde, essas definições colocam um problema particular para os gestores, o de buscar a regulação dos recursos existentes com base nas particularidades de cada local e nos princípios doutrinários e organizacionais únicos para o sistema de saúde brasileiro. De outra forma, não teria a Constituição Brasileira definido a “direção única em cada esfera de governo” como uma diretriz do sistema de saúde (Art. 198, Inciso I). A essa diretriz foram associadas instâncias de articulação e pactuação entre os gestores.²⁰

O problema da organização da gestão, abordado conceitualmente pelos dispositivos citados, também foi tratado de forma operacional com algumas tecnologias propostas de maneira transversal no país como um todo em diversos instrumentos legais: o processo de planejamento, que deve ser materializado num Plano de Saúde; a pactuação de investimentos, materializada num Plano Diretor de Investimentos; as prioridades de saúde, firmadas numa Agenda e com efeitos monitorados por meio de metas instituídas em Pactos

²⁰ No âmbito federal, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi criada, por meio da Portaria Ministerial nº 1.180/91, como Comissão Técnica assessora do Ministério da Saúde, com o objetivo de “discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões de gerenciamento e financiamento do SUS” (Art. 1º). Já as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), no âmbito dos estados e do Distrito Federal, foram criadas pela Norma Operacional Básica nº 01/93, com o objetivo de articulação e pactuação entre os municípios e estados.

de Gestão; as prestações de contas, que devem ser apresentadas em Relatórios de Gestão etc. A bibliografia aponta a necessidade de rever a quantidade desses instrumentos definidos na legislação atual, apresentados como “básicos” e que incidem particularmente sobre os municípios, que parece retornar a uma concepção que substitui a prerrogativa e a responsabilidade de dirigir o sistema de saúde no âmbito local pela capacidade de cumprir instrumentos e normas (Ferla; Martins Jr., 2001).

Em relação a um dos aspectos do problema colocado pelo conceito ampliado de saúde, a própria Constituição Federal define que haja integração de ações e serviços de saúde em uma rede de base regional e hierarquizada, capaz de absorver as diretrizes da descentralização da gestão, da integralidade da atenção e da participação da população (Art. 198). Também em relação a esse aspecto, a bibliografia aponta para um excesso de normas, em particular no âmbito federal, que acaba por definir uma lógica predominantemente burocrática para os processos de indução de modelagens territorializadas de organização da atenção (Ferla; Martins Jr., 2001).

Apesar de identificar o excesso normativo e a tendência de relações verticais entre as esferas de governo, é indiscutível que há esforços para produzir mudanças necessárias na modelagem da atenção oferecida nos serviços de saúde. Nem sempre esses esforços são integrados e potencializam a idéia da unicidade do sistema. É bem verdade que já existem inúmeras experiências exitosas em âmbito local, que nem sempre são consideradas pelos estados e pelo Ministério da Saúde quando da expedição das também inúmeras normas que buscam induzir essas mudanças. Mas é importante ressaltar esse esforço, inclusive conceitual, como a proposição do conceito de “modelo tecnoassistencial”²¹ para designar os arranjos dos sistemas de saúde

em cada local. Diversas iniciativas locais também apontam tensionamento em relação aos princípios e às diretrizes do SUS, o que mostra a necessidade de uma rede de vigilância e controle. Mas, de uma forma geral, as iniciativas buscam ampliar e qualificar as “portas de entrada” do sistema, procurando induzir os fluxos de demanda a se concentrarem na atenção básica e organizando fluxos específicos para os quadros de urgência e emergência.

Ainda assim é preciso destacar o enorme esforço de pesquisa e de produção de conhecimentos e de tecnologias realizado nos serviços, na gestão e em instituições de ensino e pesquisa para produzir novos patamares tecnológicos, a fim de que a rede de ações avance na direção do conceito ampliado de saúde. Este, a partir de tal perspectiva, gera um padrão para a orientação de mudanças, que deverá se verificar no âmbito local. É necessário, portanto, que seja acompanhado de políticas descentralizadoras do sistema de saúde, com transferência efetiva de poder e de recursos para as esferas de gestão mais próximas dos locais de vida e de circulação da população.

2.4. A Descentralização do Sistema de Saúde no Arcabouço Jurídico-Legal Brasileiro

No contexto das questões colocadas até agora, fica evidenciado que a descentralização

²¹ Este conceito designa o “Modo como a produção de ações e serviços, a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicas, como estratégia política para determinado agrupamento social” (Merhy et al, 1992), politiza a modelagem da atenção e da gestão, no sentido de reconhecer arranjos de saber, de poder e de tecnologias de organização dos processos de trabalho na definição das melhores alternativas possíveis para a organização de cada sistema. Fugindo da lógica dos modelos ideais e dos seus padrões de racionalidade (Pinheiro & Luz, 2003), essa designação reforça a necessidade de capacidades locais de identificar exigências e potencialidades e, portanto, os melhores arranjos possíveis.

do sistema de saúde é um movimento proces-
sual e que envolve mudanças. Na Norma Ope-
racional Básica nº 01/1993, é conceituada
como um “processo de transformação que en-
volve redistribuição de poder e de recursos, re-
definição de papéis das três esferas de gover-
no, reorganização institucional, reformulação
de práticas, estabelecimento de novas relações
entre os níveis de governo e controle social”
(NOB/93).

Para a ocorrência desse processo, segundo
alguns autores, concorrem ao menos três dimen-
sões: uma política, relativa à autonomia de for-
mular e proceder às escolhas; uma financeira,
que diz respeito à liberdade para alocação de
recursos e de critérios de aplicação; e uma ad-
ministrativa, voltada para a liberdade de ado-
ção de princípios e de diretrizes para a organi-
zação da máquina administrativa (ELIAS,
2001). Minayo (2001) ressalta outra dimensão
relevante do processo de descentralização: a
percepção dos atores envolvidos. Segundo esta
autora, a implementação das disposições do pro-
cesso de Reforma Sanitária brasileira é, ao mes-
mo tempo, fato e sentimento, retórica e práti-
ca, realização e utopia; sendo uma simultanei-
dade de construções reais e imaginárias, pas-
sando pelas subjetividades em busca de objeti-
vação e, portanto, tem atores, propostas, metas
e representa interesses (MINAYO, 2001). As
considerações da autora pontuam a criação de
um *ethos* específico, que caracteriza uma percep-
ção particular dos processos de mudança desen-
cadeados, deixando visíveis as disputas.

Para além dessa questão, do modo de per-
ceber o processo e as dimensões da mudança na
área da saúde, Silva (2001) chama a atenção para
um problema conceitual, relativo ao uso da ca-
tegoria descentralização para a análise de situ-
ações concretas. Segundo o autor, centralização
e descentralização são atributos sempre presen-
tes, em alguma medida, na organização do Es-

tado e cuja atribuição de sentidos tem padrões
históricos, sociais, ideológicos e de conveniên-
cia. Na história recente de descentralização das
políticas sociais na América Latina, esses pa-
drões estariam ligados à combinação de duas
lógicas de significação distintas: a política e a
econômica (SILVA, 2001). Assim,

*Enquanto em uma das dimensões predomina a lógi-
ca da descentralização como proposta política de
deslocamento dos eixos de poder para as instâncias
locais, ampliando, como consequência, os mecanis-
mos institucionais de democracia formal e promo-
vendo a participação direta da sociedade, na outra
predomina a lógica da racionalidade econômica,
na qual se descentraliza para cobrar maior
racionalidade e eficiência nas políticas setoriais
(SILVA, 2001: 53).*

Para utilizar-se da capacidade analítica das
lógicas assinaladas em situações concretas, Sil-
va (2001) identifica uma tipologia para a des-
centralização, com duas naturezas de operação
diferentes: as intragovernamentais e as interins-
titucionais. Na primeira categoria, aconteceriam
movimentos de deslocamento de responsa-
bilidades classificados como **desconcentração**,
caracterizada como a transferência de respon-
sabilidades para níveis hierárquicos inferiores
por meio da execução de determinados servi-
ços, ou como **descentralização funcional ou
autárquica**, quando há a transferência de res-
ponsabilidades de execução para estruturas ju-
rídico-administrativas diferentes dentro da mes-
ma estrutura de governo. Nos processos inte-
rinstitucionais, pode haver **devolução** ou **des-
centralização territorial**, quando há transfe-
rência de poder e de recursos para outras esfe-
ras de governo, e **delegação**, quando as respon-
sabilidades do poder público são transferidas
para instituições ou entidades da sociedade ci-
vil (SILVA, 2001).

Assim sendo, poder-se-ia designar como
movimento de descentralização compatível com

o ideário da reforma do sistema de saúde brasileiro um processo que:

- Estimule a permanência da prerrogativa de gestão política no âmbito do poder público, exercida em co-responsabilidade entre as três esferas de governo;
- Induza à ampliação do direito à saúde, compreendido como direito de acesso e de participação;
- Incentive práticas de atenção permeáveis à idéia de integralidade e de protagonismo dos usuários;
- Constitua e potencialize a atuação de uma *esfera pública híbrida* no acompanhamento e no controle das políticas públicas;
- Fortaleça a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas, com base nas particularidades de cada território e nos princípios doutrinários e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Fomente a transferência de poder e de recursos para as esferas de governo mais próximas do território onde está localizada a população usuária do sistema de saúde.

Com base nesse arcabouço, serão analisados os dados levantados pela pesquisa que gerou o presente estudo.

3. A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A análise a que se propõe este estudo diz respeito à descentralização do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro, considerando três eixos: a gestão, o controle social e a organização da atenção. Esta consideração é importante, já que, em uma analogia mais direta às diretrizes constitucionais, algumas vezes a designação “descentralização” é tomada isoladamente para o eixo da gestão. No caso deste estudo, interessa verificar o “estado da arte” do

sistema como um todo e, em particular, a política de DST/AIDS.

A análise do atributo “descentralização” no sistema de saúde implica considerar mais particularmente cada um dos três eixos constituintes que foram destacados. Assim, a gestão, a atenção e o controle social serão tomados individualmente, mesmo reconhecendo que, funcionando como diretrizes constitutivas, é conceitualmente previsível que se identifiquem interfaces evidentes das três dimensões em cada item da análise.

A primeira aproximação faz um mapeamento analítico mais geral das questões apresentadas nos relatórios dos 12 grupos de trabalho, com participantes separados preferencialmente pelas Regiões de Saúde da base estadual, que foram feitos nas Oficinas “Políticas Públicas de DST/AIDS e o controle social no Estado do Rio de Janeiro” e nas entrevistas institucionais realizadas com os gestores dos municípios selecionados (Cabo Frio, Campos dos Goytacases, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e São Gonçalo), da SES/RJ e do Ministério da Saúde. É importante ressaltar que os participantes das oficinas e os indicados pelas Secretarias de Saúde para as entrevistas são atores previamente envolvidos e sensibilizados pelas questões de DST/AIDS. Portanto, a pesquisa não identificou – e tampouco pretendeu – uma percepção representativa de todos os atores do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro. Como procurou questões que pudessem compor uma agenda futura de mobilização para o fortalecimento de políticas nesta área, a escolha intencional de atores com perfil qualitativamente mais implicado no tema foi um recurso metodológico.

3.1. A Atenção à Saúde no Estado do Rio de Janeiro

A análise da organização da atenção à saúde no Estado do Rio de Janeiro será feita

tomando-se inicialmente dados secundários constantes nas bases de dados nacionais dos sistemas de informação em saúde. Na seqüência, serão examinados aqueles obtidos dos relatórios das oficinas de trabalho e das entrevistas institucionais. Pretende-se construir uma análise que abranja a situação mais geral, a partir das evidências produzidas pelas informações disponíveis, e faça aproximações sucessivas a partir da perspectiva dos atores selecionados. Interessa aqui uma abordagem exploratória que considere as valorações e as percepções das instituições e dos sujeitos envolvidos mais do que uma evidência soberana do dado. O cenário será descrito e analisado com base em dados gerais da saúde e do sistema de saúde e particularizando as questões que envolvem DST/AIDS, considerando que os indicadores de saúde e de oferta de serviços têm capacidade de reagir às políticas para a sua configuração.

3.1.1. A assistência à saúde no Estado do Rio de Janeiro

Este cenário é composto pela análise de dados secundários advindos de sistemas nacionais de informações de saúde (Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares, Sistema de Informações de Doenças de Notificação e Sistema de Informações de Mortalidade) e dados demográficos obtidos junto às bases de dados do Datasus/MS. A análise descritiva que se segue agrega as informações selecionadas para o Estado do Rio de Janeiro como um todo e para suas regiões e municípios, conforme divisão apresentada pelo Plano Estadual de Regionalização. Indicadores mais relevantes tiveram tratamento comparativo entre as regiões e entre os municípios em cada uma das regiões. Os indicadores selecionados foram: capacidade instalada am-

bulatorial e hospitalar, produção ambulatorial e hospitalar, mortalidade, notificações e diagnóstico de HIV.²²

Com base nos dados obtidos nos sistemas de informação em saúde, pode-se identificar uma tendência geral de crescimento no número de consultórios no período entre 1998 e 2003, que foi acompanhado pelo decréscimo no número de leitos no mesmo período. Entretanto, a análise conjunta das concentrações e das tendências não mostra regularidade. Apenas há uma certa constância entre a capacidade instalada de leitos e consultórios nas regiões, com maiores concentrações em algumas delas. Os dados parecem demonstrar variações produzidas por eventos circunstanciais, não associados a fatores indutores de tendência, como políticas de regionalização e/ou de reordenamento de modelos tecnoassistenciais.

Comparando-se o ano de 1998 e 2003, as taxas de crescimento do número de consultórios no estado foram de 22,4%, sendo que não foi possível estabelecer nenhuma relação entre o crescimento no número de consultórios e a redução do número de leitos entre as diferentes regiões.

As evidências apresentadas pelos dados da Tabela 1 são reforçadas pela análise de dados secundários dos demais sistemas de informação em saúde. Em linhas gerais, a análise dos dados do Estado do Rio de Janeiro demonstra que:

- Há fortes evidências da inexistência de um modelo tecnoassistencial uniforme para o estado como um todo, seja pela ampla disparidade na capacidade instalada e na oferta de ações e serviços, seja pela não-uniformi-

²² Os dados secundários analisados compõem o relatório de pesquisa e foram orientadores das conclusões abaixo listadas. Contudo, para a elaboração do presente artigo, foram selecionados dados de capacidade instalada que exemplificam a análise aqui proposta.

Tabela 1- Capacidade instalada de serviços do Estado do Rio de Janeiro

Região	Leitos / 1000 hab. jul 2003	% de cresc. leitos 1998 a 2003	Consultórios / 1000 hab. jul 2003	% de cresc. consult. 1998 a 2003
Baía da Ilha Grande	1.80	8.33	0.95	20.27
Baixada Litorânea	1.41	-8.85	1.06	22.09
Centro-Sul Fluminense	4.16	-5.25	2.29	48.99
Metropolitana 1	2.33	-30.77	0.72	27.52
Metropolitana 2	2.67	-22.46	0.87	16.32
Médio Paraíba	2.73	-24.43	1.25	-3.68
Noroeste Fluminense	7.03	-8.51	1.78	15.51
Norte Fluminense	3.22	-5.43	1.07	19.62
Serrana	4.83	-12.09	1.30	24.34
Total	2.94	-23.58	0.88	22.41

Fonte: *Datasus/MS.*

dade com que ocorrem as variações da oferta assistencial;²³

- Algumas regiões têm tido capacidade de produzir mudanças nos indicadores de organização do sistema de saúde. Essa capacidade é mais evidente quando analisados alguns municípios individualmente.
- Há fortes evidências de problemas com os fluxos informacionais, o que representa um grave entrave para o planejamento, para o controle e para a avaliação das ações de saúde.

²³ Embora com limites decorrentes das dificuldades para a implantação do Programa Saúde da Família nos grandes centros urbanos, o desempenho do Sistema Estadual de Saúde do Rio de Janeiro na sua implantação, que é apresentada nas políticas nacionais como estratégia para reordenamento do modelo technoassistencial, confirma a evidência de ausência de um vetor de força efetiva para o remodelamento technoassistencial nesse território: com cobertura populacional de 24% (agosto de 2005), o estado é o penúltimo no país, com média bastante inferior à nacional (54%).

de. Essa evidência é confirmada, como se verá, pela percepção dos atores envolvidos.

- As questões mais gerais apontadas são verdadeiras também para a atenção em HIV/AIDS, embora nessa área se verifiquem dados mais associados entre si.

Por decorrência da variação na consistência dos dados mais gerais e também porque compõe a base referencial desta pesquisa analisar a percepção dos atores sobre a situação que motiva sua movimentação no cenário da saúde, serão estudadas na seqüência as avaliações dos gestores e dos participantes das oficinas de controle social.

3.1.2. O sistema estadual de saúde na perspectiva dos participantes das oficinas e dos gestores

A perspectiva dos participantes das Oficinas “Políticas públicas de DST/AIDS e o contro-

Tabela 2 - Comparativo da distribuição por freqüência das principais categorias de questões relativas à organização da atenção no Estado do Rio de Janeiro apontadas pelos participantes dos grupos de trabalho das Oficinas

Categorias de destaques	Freqüência	
	N	%
Dificuldade de acesso a ações, medicamentos e insumos especializados em AIDS	12	100
Insuficiência de ações educativas e de prevenção de DST/AIDS	9	92
Deficiência na informação coletada	8	83
Deficiências na organização da atenção básica	7	75
Insuficiência da informação disponível	6	67
Déficits na qualificação técnica e no compromisso dos trabalhadores em saúde	6	67
Dificuldade de acesso à atenção hospitalar	5	42
Déficits numéricos e qualitativos de trabalhadores em saúde	5	42
Fragmentação e excessiva especialização das ações ofertadas	5	42
Preconceito levando à busca de atenção fora do território de referência	5	42

Fonte: Relatórios das Oficinas de Trabalho sistematizados pela pesquisa.

le social no Estado do Rio de Janeiro: capacitando lideranças e promovendo a sustentabilidade das respostas frente à AIDS” foi obtida por meio da análise dos relatórios produzidos. Os dados relativos aos encaminhamentos propostos pelos participantes foram tratados, tomando em conta o conteúdo de suas proposições e alguns de seus enunciados, de forma a construir categorias analíticas. Estas foram analisadas e interpretadas de acordo com a sua freqüência. Por decorrência de uma escolha metodológica, que buscou privilegiar a perspectiva dos participantes das oficinas, essas categorias são tomadas como vértice analisador dos demais dados.

A Tabela 2 apresenta, de acordo com a freqüência com que foram expressas, as 10 principais categorias identificadas.

A primeira categoria de questões levantadas, verificada em todos os grupos de trabalho, aponta a dificuldade de acesso a ações, serviços, medicamentos e insumos específicos para a atenção em HIV/AIDS. Como se sabe, na política atual para essa área há uma divisão de responsabilidades entre as três esferas de gestão, um conjunto de serviços especializados de diagnóstico e tratamento propostos para cada região e a proposição de integração com os demais serviços da rede. As dificuldades de acesso indicadas incluem o conjunto de insumos necessários à atenção aos doentes de AIDS, não somente aqueles que compõem as ações específicas para essa área. Parece significativo agregar à categoria outras advindas de questões que, mesmo fora da ordem de freqüência em que apareceram, produzem uma evidência forte

de déficits na organização da rede de atenção, com efeitos heterogêneos entre as regiões do estado. Trata-se da insuficiência de ações educativas e de prevenção específicas para DST/AIDS (2ª em ordem de frequência), de deficiências percebidas em relação à atenção básica (4ª em ordem de frequência) e a dificuldade de acesso à atenção hospitalar (7ª em ordem de frequência).²⁴

Outro conjunto de categorias que emergiu da avaliação dos relatórios das oficinas diz respeito a **deficiências na organização dos processos de trabalho no interior dos serviços**. Os participantes descreveram problemas de qualidade e consistência na informação sobre os atendimentos realizados e das notificações coletadas nos serviços (3ª em ordem de frequência) e na informação disponibilizada nos serviços (5ª em ordem de frequência), na qualificação técnica e no compromisso dos trabalhadores em saúde nos serviços (6ª em ordem de frequência) e no número e na variação profissional desses trabalhadores (8ª em ordem de frequência), bem como na fragmentação e na excessiva especialização das ações oferecidas nos serviços (9ª em ordem de frequência). A percepção da organização dos processos de trabalho está diretamente relacionada aos **padrões esperados de qualidade**, o que se pode verificar pela décima categoria de questões levantadas, que aponta a busca, pelos usuários, de serviços fora da rede de referência, motivada por preconceito ainda existente quanto aos serviços e/ou por insegurança relativa ao comportamento ético dos profissionais na preservação do sigilo e da confidencialidade.

Quando são analisados os dados obtidos junto aos gestores, aparecem questões que descrevem as grandes categorias apresentadas (dé-

²⁴ Esta categoria não se restringiu à oferta de leitos, incluiu a oferta de serviços de internação domiciliar – que esteve presente em três regiões – por se tratar de uma modalidade de atenção com grande dependência de tecnologias duras, e também de serviços hospitalares mais específicos, como UTI e internação pediátrica.

ficits na organização da rede de atenção, deficiência na organização dos processos de trabalho e no padrão de qualidade da atenção oferecida), somadas a uma quarta macrocategoria, que diz respeito ao impacto dessas dimensões relacionadas às estruturas (redes e serviços) e aos processos (a organização do cuidado nos serviços): o **impacto** em termos de indicadores de saúde.

3.2. A Gestão do Sistema de Saúde no Estado do Rio de Janeiro²⁵

A abordagem do tema da gestão foi feita em três momentos distintos, mantida a sequência no texto. Um primeiro momento, que caracteriza uma análise mais geral, buscou identificar nos relatórios das oficinas e nas entrevistas questões relevantes que tivessem a capacidade de descrever a gestão pela perspectiva dos atores localizados no interior do sistema de saúde.

Tratou-se, portanto, de buscar nos discursos o conteúdo que expressa mediações construídas em contextos específicos – os seminários e o cenário do exercício da gestão – mas também enunciados que evidenciam tensões e conflitos e suas potencialidades para a gestão.²⁶ Nos dois momentos seguintes, foram destacadas e aprofundadas questões relativas à relação entre os gestores e da gestão com os prestadores de serviço.

A Tabela 3 apresenta as categorias de questões levantadas nas oficinas relativas à gestão. Como se pode verificar, mais do que o cotidiano da gestão em si – seus mecanismos, a operação das suas engrenagens próprias – os partici-

²⁵ A situação formal de habilitação do Estado do Rio de Janeiro, desde agosto de 2002, é de gestor pleno do sistema estadual de saúde, com 17 municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde. É o sexto estado em termos de maior número de municípios com esse *status* de habilitação, que é o mais elevado.

²⁶ O mix de técnicas discursivas de análise utilizadas, que associou análise de conteúdos e enunciados, tem referência em produção anterior (FERLA, 2002; CECCIM & FERLA, 2005). A identificação de ruídos e conflitos como dispositivos de gestão utiliza como referência a produção de Cecílio (2005) e Merhy (2004).

Tabela 3 – Comparativo da distribuição por frequência das principais categorias de questões relativas à gestão da saúde no Estado do Rio de Janeiro apontadas pelos participantes

Categorias de destaques	Frequência	
	N	%
Política de informação e comunicação em saúde	12	100
Política de gestão de trabalhadores da saúde	11	92
Gestão da qualidade das ações	10	83
Relações intergestores	9	75
Política de financiamento	8	67
Articulação com ONG e entidades da Sociedade Civil	7	58
Organização da rede de ações e serviços	7	58
Organização de fluxos de referência e contra-referência	6	50
Provisão de medicamentos e insumos	5	42

Fonte: *Relatórios das Oficinas. Tratados pela pesquisa.*

pantes das oficinas destacam pontos referentes à expressão que este tem para o próprio sistema. Assim, tem destaque a transparência que os dispositivos de gestão têm ou não para os participantes e o efeito desses dispositivos no dia-a-dia de quem utiliza os serviços de saúde e de quem neles atua. Essa não será a perspectiva primordial dos gestores. Entretanto, há questões relevantes que associam as duas perspectivas.

Segundo os dados apresentados na tabela, a **gestão da informação e da comunicação em saúde** é a categoria mais frequente de problemas de gestão no Estado do Rio de Janeiro, o que se expressa pela indisponibilidade e insuficiência de informações consistentes sobre o sistema de saúde. Os participantes descrevem essa categoria de problemas com abordagens relativas ao fluxo informacional, desde deficiências de registro e controle dos atendimentos e das notificações até a disponibilidade de informações

sobre a potencialidade dos serviços de saúde. Problemas dessa natureza foram referidos por todos os grupos de trabalho das Oficinas. Este também é um registro comum dos gestores, embora o ponto fundamental se desloque para a consistência de informações para a tomada de decisões. Entretanto, é importante destacar que, de ambas as perspectivas, o fluxo informacional é percebido na sua integralidade, iniciando nas condições em que é feito o registro e finalizando com os meios com os quais a informação se torna disponível para os seus usuários.²⁷

²⁷ Esta percepção destaca um ruído na relação entre as gestões estadual e federal, observado na análise dos dados da presente pesquisa. Constatou-se a existência de diferenças entre a agregação por regiões existente no estado e gerida pela Secretaria Estadual e as disponíveis nos grandes bancos de dados nacionais, gerenciados pelo Ministério da Saúde. Essa diferença compromete significativamente o próprio exercício do controle e da regulação do sistema de saúde, uma vez que é sabida a existência de bases de dados facilmente acessáveis no âmbito do Ministério da Saúde.

A segunda categoria de encaminhamentos mais freqüente nos grupos de trabalho das Oficinas foi relativa à **gestão de trabalhadores**, com questões acerca da administração (concurso, vínculo, remuneração, desempenho, multiprofissionalidade das equipes) e da educação permanente em saúde. Na seqüência, e em estreita aproximação, outra categoria é expressa pela **gestão da qualidade das ações**, na qual déficits de integralidade, fragmentação de ações (inclusive no que se refere à AIDS) e desarticulação entre os programas e as áreas das Secretarias são utilizados para descrever a situação atual dos serviços de saúde. Para os gestores, a questão da força de trabalho também é extremamente relevante, embora não esteja tão diretamente associada à qualidade da atenção, mas sim à garantia mesma de funcionamento dos serviços de saúde. Esta questão, que é relevante para todos os gestores entrevistados, é considerada como um dos “pontos fracos” em cinco das seis Secretarias Municipais entrevistadas. O problema é descrito pelos gestores principalmente em função da insuficiência de profissionais, da alta rotatividade dos mesmos e da capacitação técnica, em particular para a realização de procedimentos especializados e/ou com maior aproximação com o usuário.²⁸

Deficiências na relação entre os gestores é a quarta categoria de encaminhamentos relativos à gestão mais freqüente nos relatórios dos grupos de trabalho das Oficinas de controle social. A desarticulação entre os gestores, ge-

²⁸ A maior deficiência informada é a de profissionais com perfil adequado para o aconselhamento na rede. Embora ensejando um estudo em maior profundidade, há evidências nas avaliações institucionais de que o perfil profissional que demande habilidades e competências para uma relação mais implicada e humanizada com o usuário, em que a dimensão tecnológica – que é priorizada na formação acadêmica vigente – é fundamental mas não é soberana, é o problema de maior relevância para as equipes gestoras dos programas de DST/AIDS. Acerca desta problemática, ver análise de Araújo (2003).

rando ações desintegradas e com prejuízos para o sistema e para a população, é a descrição comumente utilizada para referir essa relação. Como se verá no próximo item, esta também é a avaliação dos próprios gestores. Uma das conseqüências específicas apontadas com muita freqüência pelos participantes é a inexistência de políticas visíveis de regionalização do sistema de saúde, descrita parcialmente nas categorias subseqüentes.

Das categorias de encaminhamentos mais freqüentes, a única que apresenta predominantemente questões propositivas é a sexta, que está em grande medida associada à descrição do cenário que os participantes fazem, bem como ao perfil dos participantes das Oficinas: **ampliação da parceria e maior aproximação entre as coordenações dos programas de DST/AIDS e as ONGs**. Mais do que problemas, esta questão parece indicar um campo fértil de articulações, em particular por concordar com a avaliação que os próprios gestores fazem a esse respeito. O aprofundamento da articulação das ONGs com as Coordenações de Programas de DST/AIDS é uma clara indicação para a agenda.

Além das categorias citadas acima, os gestores apontam um conjunto de problemas relevantes para a gestão localizado internamente em cada Secretaria. Tais problemas podem ser agrupados em quatro categorias:

- **Fluxos e processos administrativos e financeiros:** compras de medicamentos e insumos, contratação de serviços e gestão de pessoal têm fluxos excessivamente morosos e demasiadamente burocratizados nas Secretarias, com efeitos negativos nos processos de trabalho das respectivas Coordenações dos Programas e na oferta de ações e serviços à população. É bastante freqüente que esses fluxos envolvam outras áreas dos governos,

principalmente as Secretarias de Fazenda, Administração e Planejamento.²⁹

- **Gestão financeira:** a maior parte dos coordenadores dos Programas informa que não participa dos fluxos da gestão financeira dos recursos para a AIDS. Isso é válido inclusive para as transferências federais, o que gera problemas para o planejamento das ações e a prestação de contas.
- **Articulação interna:** as interfaces com as demais áreas, mesmo aquelas voltadas para a assistência, são classificadas como difíceis pelos coordenadores dos Programas de AIDS. Mesmo com as áreas de vigilância, onde normalmente os programas estão localizados, as articulações não são fáceis, algumas vezes havendo diferenças técnicas e políticas relevantes. Essas dificuldades, mais visíveis nas articulações internas nas próprias Secretarias, também são verdadeiras para as demais estruturas dos governos municipais e do estadual. A exceção mais comum, nesse contexto, foi a articulação com as respectivas Secretarias de Educação.
- **Cultura e tecnologias de gestão:** um conjunto mais amplo de questões também é apontado pelos gestores, que descrevem a existência de uma cultura de gestão centralizada e o uso cotidiano de tecnologias com-

patíveis com a mesma, que dificultam a gestão descentralizada nas próprias esferas de governo. Os Programas de AIDS normalmente não participam dos espaços coletivos de decisão – quando estes existem nas Secretarias. Colegiados de integração entre as áreas de formulação e os serviços não há, não funcionam ou não incluem a participação dos Programas de AIDS. Não existem estruturas regionalizadas da SES/RJ, o que dificulta a interface com os municípios.

Uma abordagem metodológica diferenciada sobre a questão da avaliação dos gestores foi desenvolvida por meio de um questionamento que buscou identificar os aspectos relevantes da política e da intervenção em HIV/AIDS, os quais pudessem ser qualificados pelos gestores como pontos positivos ou fortes e/ou pontos negativos ou fracos, ou seja, os extremos da avaliação dos gestores. A Tabela 4 apresenta a síntese e a categorização da avaliação destes aspectos, em relação à frequência em que foram referidos pelos gestores.

Ao analisar os achados, foi possível observar que a referência aos **trabalhadores de saúde** é destacada, sendo que aparece como aspecto mais relevante positiva e negativamente. A insuficiência quantitativa e qualitativa dos mesmos é apontada como indicador de ponto fraco, e o comprometimento e a existência de educação permanente como ponto forte da política. A **organização dos serviços e da rede** figura como segunda categoria nos aspectos negativos da política, destacando-se a insuficiência de serviços, a inadequação entre oferta e demanda e a insuficiência de acesso. De outro lado, como quarta categoria, também é referida nos aspectos positivos – e nesse caso é considerada como ponto forte – a existência de uma rede estruturada e reconhecida de assistência aos usuários.

²⁹ A dificuldade de perceber a morosidade de fluxos como um problema comum e incompatível com as demandas da saúde, de forma mais geral, faz com que algumas Coordenações de Programa verbalizem a expectativa de uma autonomia maior em relação à própria Secretaria. Essa expectativa, que tem explicação nas pressões cotidianas a que os coordenadores estão submetidos, deve ser destacada como ruído no processo de trabalho, já que provavelmente funciona como mecanismo de reação nas próprias Secretarias. A percepção de um certo descolamento entre os Programas de AIDS e os demais componentes do sistema de saúde, em boa medida explicada pela própria história desses programas no país, é evidenciada nos relatórios das Oficinas, nos depoimentos dos coordenadores, mas também em outros documentos, como os relatórios das últimas Conferências de Saúde, por exemplo.

Tabela 4 – Comparativo da distribuição dos temas referidos como principais “pontos positivos” e “pontos negativos” na avaliação que fazem os coordenadores dos Programas de AIDS de sua esfera de governo no Estado do Rio de Janeiro

Temas referidos	Frequência	
	N	%
Pontos positivos		
1. Trabalhadores em saúde	5	71,43
2. Organização da gestão	5	71,43
3. Relação com a sociedade civil	4	57,14
4. Organização dos serviços e da rede assistencial	3	42,86
5. Reconhecimento externo do Programa	2	28,57
6. Medicamentos e insumos	1	14,29
7. Integralidade das ações	1	14,29
8. Financiamento	0	0
9. Informação	0	0
Pontos negativos		
1. Trabalhadores em saúde	6	85,71
2. Organização dos serviços e da rede assistencial	5	71,43
3. Organização da gestão	4	57,14
4. Integralidade das ações	2	28,57
5. Medicamentos e insumos	2	28,57
6. Financiamento	1	14,29
7. Informação	1	14,29
8. Relação com as entidades da sociedade civil	1	14,29

Fonte: Dados das entrevistas institucionais.

A organização da gestão é outra categoria relevante tanto nos aspectos positivos, segundo item, como negativos, terceiro item de frequência. A integração com as demais áreas da gestão e com os diferentes níveis de governo, bem como o início da relação intergestores no processo de regionalização, são indicadores considerados como pontos fortes na organização da gestão. Da mesma forma, as dificuldades de integração com as demais áreas e instâncias

e a deficiência de infra-estrutura são exemplos de pontos negativos.

A relação com a sociedade civil é a terceira categoria entre os aspectos positivos da política, explicitados pelo acompanhamento externo ao programa e pelas parcerias desenvolvidas. Essa relação é referida como um ponto fraco em função da falta de autonomia ou relativa dependência das organizações da sociedade civil no que concerne aos programas e ao financiamento, so-

bretudo a capacidade e a necessidade de autonomia e sustentabilidade técnico-político-social e operacional dessas organizações.

A deficiência de ações de prevenção, diagnóstico e/ou assistência e a fragmentação do cuidado, com característica “medicalizadora”, exemplificam a quarta categoria considerada como ponto fraco da política: a **integralidade da atenção**. Ela aparece como ponto positivo quando da capacidade de ação e dos projetos com populações específicas. A questão de **medicamentos e insumos** é referida como ponto fraco tanto pela insuficiência como pela logística, e foi apontada como ponto forte quando os fluxos de aquisição foram estabelecidos pelo próprio município. O **reconhecimento externo** das realizações do programa foi um aspecto considerado positivo, o que contribui para a sustentabilidade do mesmo. A incapacidade de gestão financeira da política por parte do programa foi vista como aspecto negativo no que diz respeito ao **financiamento**. Cabe destaque que o mesmo foi considerado como ponto fraco em apenas um dos casos e a insuficiência de recursos financeiros não foi um aspecto relevante. O mesmo ocorreu com a dificuldade de acesso à **informação**.

Essas avaliações das instâncias gestoras evidenciam a importância dos aspectos referentes aos trabalhadores de saúde, à organização dos serviços e da rede e à organização da gestão, os quais figuram com maior destaque e são considerados como pontos fortes ou fracos da política. Ao serem analisados comparativamente os exemplos que caracterizam essas categorias, os aspectos positivos e negativos tendem a uma complementariedade. A referência negativa aos trabalhadores de saúde é descrita pela insuficiência e pelo despreparo dos mesmos. Por outro lado, são reconhecidos como ponto forte quando há envolvimento destes com a implementação dos programas. As insuficiências da organização dos

serviços e da rede caracterizam um problema, mas ao mesmo tempo em que se reconhece como atributo a capacidade de fortalecê-la quando os serviços e a rede estão estruturados. A organização da gestão é avaliada como positiva/negativa com referência à capacidade de integração interna na gestão ou externa com os demais níveis. As variações extremas de avaliação dos gestores dizem respeito às questões que envolvem diretamente a oferta de ações e serviços de saúde e à organização do próprio programa.

Na análise triangulada dessas evidências com aquelas produzidas no estudo das produções do controle social, evidencia-se uma diferença importante de perspectiva:

- Quando analisam a atenção oferecida no sistema de saúde, os participantes apontam deficiências na organização da rede de atenção (acesso a medicamentos e insumos, insuficiência de ações educativas e preventivas e na organização da atenção básica) e na organização dos processos de trabalho (fluxo informacional e gestão do trabalho) como os principais problemas;
- Quando analisam a gestão, os participantes das oficinas apontam para insuficiências na gestão da informação, na gestão do trabalho e na gestão da qualidade das ações como as principais questões de destaque.

3.2.1. A relação entre os gestores no Estado do Rio de Janeiro

As deficiências na relação entre os gestores são identificadas pelos participantes em 75% dos grupos de trabalho nas Oficinas realizadas, como se pôde verificar. Também os dados obtidos nas entrevistas institucionais apontam essa relação como um problema relevante. Todavia, nelas é possível identificar duas tendências de formulação: uma que indica uma certa compreensão de esgotamento dos dispo-

sitivos formais existentes para essa relação e outra que assinala a implementação de novos dispositivos, menos formais e mais potentes para reordenar a gestão.

Os dados da pesquisa empírica com as instituições chamam a atenção para uma clara percepção de esgotamento dos mecanismos formais de relação entre as esferas de gestão, sejam elas os fóruns intergestores (CIB e CIT), sejam eles os instrumentos de planejamento e programação (Planos de Saúde, Planos Diretores, Pactos etc.). Formalidade, formalismo, tutela, desconfiança e omissão são os substantivos mais utilizados para descrever as relações intergestores nos espaços formais e por meio dos mecanismos usuais. Há inúmeras queixas dos gestores municipais e mesmo da gestão estadual sobre as agendas das instâncias tradicionais de articulação e pactuação (CIB e CIT), que despertam a compreensão de estarem tomadas pela dimensão burocrática e formal.

Em relação aos instrumentos de articulação entre as esferas de governo, parece haver um descrédito generalizado a respeito dos mecanismos ascendentes de planejamento, sendo que referências mais específicas acontecem em relação à Programação Pactuada e Integrada (PPI). Reafirmando o descrédito com esse instrumento e o seu formalismo, há referência de que as PPI da Assistência e da Vigilância à Saúde têm uma “versão” formal – utilizada para a pactuação de recursos financeiros a serem transferidos, com base nos parâmetros estabelecidos nas inúmeras portarias do Ministério da Saúde – e uma “versão” real, com base em soluções informalmen-

te estabelecidas entre os gestores e as áreas técnicas da SES/RJ. O mesmo pode ser afirmado sobre os mecanismos formais de discussão do processo de regionalização da saúde no estado.³⁰

A percepção sobre os mecanismos e os fluxos formais da relação entre os gestores parece indicar um movimento de tensionamento voltado para a “fúria normativa” verificada nos últimos anos no Ministério da Saúde e nas próprias Secretarias Estaduais de Saúde, e uma nova etapa na relação entre os gestores, em que os níveis de tolerância e subordinação aos fluxos burocráticos ficaram bastante reduzidos. Em ambas as situações – que diferem significativamente das avaliações anteriores, inclusive para o Estado do Rio de Janeiro³¹ – parece haver uma evidência de ampliação da disposição para gerir os sistemas locais.

Uma avaliação mais geral das relações entre as esferas de governo mostra uma sensação evidente de esgotamento dos mecanismos formais, o que parece ser reconhecido também pela política federal para essa área, bem como uma tentativa de criação de novos mecanismos que possam fortalecer as relações intergestores. É provável que haja, com algum grau de variação, o entendimento de que o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema de saúde inclui o **compartilhamento da responsabilidade de gestão** – previsto, aliás, no arcabouço normativo do SUS – e não exclusivamente o aumento da capacidade interna de gestão de cada uma das esferas de governo. Essa variação na compreensão está dada pelo fato de que em alguns momentos as gestões estadual e federal utilizam-se de prerrogativas que supõem um poder hierarquizado. Em outras situações, a dificuldade de compartilhamento de poder pa-

³⁰ Por meio de iniciativas da Coordenação Estadual de DST/AIDS, das Coordenações Municipais e mesmo do Ministério da Saúde, no caso da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, processos de discussão e pactuação regionalizados que não respeitam os limites estabelecidos pelo Plano Diretor de Regionalização estão sendo desenvolvidos e são reconhecidos como exitosos ou, ao menos, úteis pelos participantes da pesquisa.

³¹ Ver: Heimann e cols, 2000; Viana, Leucovitz & Dal Poz, 2001; Schneider, 2001; Silva & Labra, 2001.

rece indicar a divisão clara de responsabilidades como recurso prioritário para qualificar a gestão.³²

Mais do que a idéia do esgotamento dos mecanismos que vêm sendo utilizados, há um movimento explícito de criar novos dispositivos de relação entre os gestores. Exemplificam esse movimento as iniciativas relatadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde e pelos próprios municípios da criação de fóruns, comitês, câmaras técnicas, entre outros. O risco, nesse caso, é de que, atuando somente na informalidade, esses movimentos acabem gerando novamente fragmentação dos esforços e das iniciativas, ou que iniciativas concomitantes sejam absorvidas pela lógica normativa e transformadas em demandas burocráticas, sempre mais pesadas na “porta de entrada” do sistema de saúde.

3.2.1.1. *As interfaces entre os programas de AIDS das três esferas de gestão*

A avaliação dos gestores de programas de AIDS sobre as relações entre as coordenações específicas nas esferas de governo é mais promissora do que a avaliação feita da relação mais geral entre os gestores.

A relação entre as Coordenações Estadual e Nacional dos Programas de DST/AIDS é avaliada por ambas como normais. Há tensões, em alguns momentos; noutros, há acusações recíprocas de omissão e excessos. Mas em nenhuma ocasião tensões e ruídos pare-

cem interferir de forma mais aguda na relação entre os gestores. A Coordenação Nacional mantém relação específica com o Município do Rio de Janeiro, com acompanhamento direto. Ela é diferenciada, justificada por argumentos de ordem da demanda e da complexidade da situação da doença no município; também é fonte de alguma tensão entre as esferas federal e estadual. Além disso, essas tensões passam a ter alguma relevância quando há interrupção no fornecimento de insumos e medicamentos. Sobre as tecnologias utilizadas pelo Programa Nacional no processo de pactuação entre os gestores, há uma avaliação predominantemente positiva das Coordenações participantes do estudo, e a principal categoria de argumentos diz respeito a um certo *empoderamento* dos programas no âmbito do estado e dos municípios. Entre as críticas mais comuns estão os limites formais do processo, que é a principal categoria de problemas que se observa nos relatórios das Oficinas de controle social.

A Coordenação Estadual do Programa de DST/AIDS relata a existência de iniciativas de cooperação técnica e operacional com os municípios. A intensidade da interface das coordenação estadual e das coordenações municipais tem oscilações de acordo com variáveis que incluem desde a capacidade de resposta dos municípios até a estabilidade no fornecimento das contrapartidas estaduais. Esta avaliação é compartilhada pelas Coordenações que participaram do estudo.

³² A facilidade com que normas e fluxos são estabelecidos pelas gestões federal e estadual, interferindo nas dinâmicas dos sistemas estaduais e municipais, é uma evidência dessa visão hierarquizada ainda existente (FERLA & FAGUNDES, 2002). No caso específico deste estudo – e sem pretender desencadear uma avaliação sobre os efeitos positivos ou negativos sobre os programas municipais – o conjunto de dispositivos específicos criado pela União e pelo estado para acompanhamento e monitoramento da atuação em DST/AIDS – com consequências imediatas na transferência ou não de recursos financeiros –

exemplifica a primeira referência. A segunda referência encontra substrato em avaliações difusas obtidas inclusive durante a pesquisa e, em especial, na apresentação que os representantes da gestão federal fazem do Pacto de Gestão proposto. Além das entrevistas e da observação das reuniões intergestores, essa avaliação está documentada em entrevista publicada no Boletim da Abrasco, edição de junho de 2005, que noticia a discussão do tema no XXI Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde e na reunião da Comissão Intergestores Tripartite.

A cooperação estadual inclui o acompanhamento mais direto aos municípios, dificultado pela inexistência de estruturas regionais da SES/RJ, pelas indefinições ainda presentes sobre o processo de regionalização do sistema estadual de saúde e sobre a criação de fóruns regionais de discussão e pactuação. Esses fóruns têm algumas características importantes:

- Não abrangem a totalidade dos municípios do estado. Vêm sendo criados na medida em que se constituem condições de adesão para isso;
- Não estão submetidos à territorialização proposta no PDR;
- Têm adesão voluntária por parte dos municípios;
- Têm pautas desenhadas pelo interesse do conjunto dos participantes, que incluem a organização dos sistemas de referência à atenção em DST/AIDS, o planejamento conjunto de ações e a construção de consensos acerca de questões que são pactuadas posteriormente na CIB, como os PAMs, por exemplo;
- São realizados em diferentes municípios, sem instituir-se uma sede fixa.

A tecnologia de relação intergestores, que produz uma “regionalização real e possível”, é reconhecida como importante por todas as Coordenações que participaram do estudo.

3.2.2. *As relações com os serviços de saúde*

A caracterização das relações entre as estruturas de gestão e os serviços de saúde especializados foi um dos objetivos propostos para a pesquisa. Para isso, foram utilizados dados dos relatórios das Oficinas de controle social e as entrevistas com os gestores dos sistemas de saúde selecionados. Devem ser consideradas também no contexto desta questão as análises de dados secundários já apresentados e a análise da relação com as ONGs, especificamente

no caso da execução de ações de atenção, conforme será descrito nos próximos itens.

Serão estudadas brevemente as relações dos gestores com os prestadores de ações de assistência às pessoas que vivem com HIV e aos doentes de AIDS. A questão colocada para esta análise é precisamente o que contribui para a garantia do acesso e da qualidade da atenção oferecida em alguns serviços reconhecidos como diferenciados.

Na avaliação mais geral da oferta de ações de saúde, o estudo do relatório do seminário aponta:

- Dificuldades generalizadas de acesso à atenção básica, aos serviços de diagnóstico, aos serviços ambulatoriais especializados, a medicamentos e insumos ou às internações hospitalares, em particular em pediatria.
- Déficits importantes de qualidade na atenção oferecida, seja pela fragmentação do indivíduo, por inexistência de fluxos organizados de referência, ou por falta de acolhimento e resolubilidade.
- Heterogeneidade expressiva nas diferentes regiões na oferta de ações e serviços de saúde.
- Indisponibilidade de informações sobre os serviços (oferta, produção e indicadores de morbi-mortalidade).

Na realidade, esses problemas têm alguma frequência em todo o território nacional. Em relação à atenção hospitalar, por exemplo, o próprio Ministério da Saúde avalia uma deficiência importante na capacidade de regulação, que é uma função estratégica da gestão.³³ Avanços na política de regionalização da saúde no país são recentes e até há pouco tempo somente alguns municípios obtinham sucesso na regula-

³³ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Cadernos de Atenção Especializada, 3).

ção dos serviços de saúde. No caso específico do Estado do Rio de Janeiro, em particular na sua capital e na Região Metropolitana, a avaliação de déficits na capacidade de regulação dos serviços motivou o desencadeamento de ações com maior participação direta do Ministério da Saúde, em cooperação com os municípios e o estado, como a criação de mecanismos conjuntos para as áreas de atenção básica (Saúde da Família e controle da dengue), na regulação de leitos e nos procedimentos especializados em obstetrícia, neonatologia, urgência e emergência, trauma no idoso e dor torácica. Essas ações, que tiveram início principalmente por ocasião do Decreto de Calamidade Pública na rede hospitalar do Rio de Janeiro, estão sendo coordenadas pela Secretaria Executiva Metropolitana do Rio de Janeiro, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Seguramente não foi o objetivo da pesquisa revisar dados acerca da dificuldade de implementar mecanismos de regulação dos serviços no sistema de saúde brasileiro, sequer no Estado do Rio de Janeiro. Os dados obtidos permitem afirmar que, também neste território, há deficiências na capacidade de gestão do sistema. O preâmbulo descrito acima objetiva qualificar a aproximação que se fará das tecnologias de regulação dos serviços localizados nos municípios de Niterói e Nova Iguaçu, identificados como diferenciados.³⁴ O propósito é verificar evidências que possam estar associadas à relação diferenciada que estabelecem com o sistema e com os usuários.³⁵

Antes disso, é importante assinalar uma questão que envolve especificamente a relação

entre as Coordenações de AIDS e a programação de oferta da assistência. As coordenações do programa referem, em geral, pouca interferência na regulação dos serviços. Uma das explicações possíveis é o fato de que a vinculação institucional dos programas normalmente está nas estruturas de vigilância à saúde. Na programação da oferta de ações, por exemplo, a maioria dos programas informa participar da PPI da Vigilância, interferindo pouco ou nada na PPI da Assistência. Mesmo considerando o efeito prioritariamente formal desse instrumento de programação na prática dos sistemas de saúde, essa é uma evidência do descolamento ainda existente das áreas da vigilância e da assistência. No que se refere à assistência, é comum nos programas de AIDS apenas o acompanhamento do trânsito de usuários por meio da disponibilidade de informações sobre internações, procedimentos e ofertas potenciais (vagas e leitos).

Os municípios que atuam como base de referência regional informam a dificuldade de planejar a oferta de ações pela inexistência de um processo mais efetivo de programação e pactuação intermunicipal. Niterói, por exemplo, apresenta como “nó crítico” o processo de pactuação entre os municípios, já que há um distanciamento expressivo entre as bases pactuadas e a realidade, o que faz com que haja sobrecarga nos seus serviços. Essa evidência mostra um processo ainda muito tênue de acompanhamento por parte dos gestores supramunicipais do sistema. Os municípios de Nova Iguaçu e Niterói apontam a existência de uma “PPI informal”, com base não nas pactuações formalizadas na CIB, mas nas necessidades do cotidiano dos sistemas, processadas por meio de contatos diretos entre gestores e serviços. Esse dispositivo fica fortalecido como alternativa

³⁴ Este destaque foi feito inicialmente pelos participantes do Grupo Focal realizado em 05/10/2005. A análise dos dados secundários demonstrou maior capacidade, resolutividade e ampliação de assistência nesses municípios, confirmando a evidência que fez com que fossem selecionados para o aprofundamento da pesquisa.

³⁵ O escopo do estudo, que tem caráter exploratório, não permite avaliar a qualidade na oferta de ações ou do funcionamento. Apenas o destaque de algumas hipóteses, derivadas das avaliações que fazem os próprios gestores.

à ineficiência dos mecanismos formais por meio dos Fóruns.

Embora o tema suscite uma aproximação em maior profundidade e que envolve uma amostra maior de serviços, parece haver evidências nos relatos e nas análises realizados pelas duas secretarias que demonstram uma relação diferenciada com os serviços, nos seguintes aspectos: a) não está restrita ao pagamento de serviços realizados; b) inclui o planejamento da demanda; c) envolve, de forma mais integrada, outras áreas da Secretaria; d) a interface do Programa com os serviços conta com o apoio político da direção das Secretarias; e) estabelece uma equação ampliada de “trocas”, que inclui recursos de investimento, projetos de qualificação, educação permanente; f) insere outras instituições da sociedade civil no acompanhamento.

3.2.3. A relação entre o estado e a sociedade civil na saúde no Rio de Janeiro

Para efeitos desta pesquisa, foram consideradas duas modalidades de articulação entre as estruturas de gestão do sistema de saúde e a sociedade civil: aquelas formalmente definidas na legislação (Conselhos e Conferências) e outras formas de articulação. Nesta segunda modalidade, adquiriram especial ênfase as ONGs que atuam com DST/AIDS. Na realidade, a história da rápida organização no país da Política para a AIDS está muito relacionada à própria atuação das ONGs, não somente na luta por ampliar e qualificar a atenção do sistema público nessa área, mas também na execução direta de ações (PARKER, 2000; PARKER, 2002; GUILHEM, 2005). No âmbito desta pesquisa, também foram identificados “ruídos”³⁶ na atuação dessas e das demais entidades que exercem atividade no setor saúde, em particular no chamado “controle social”. A atuação politicamente forte e articulada de tais entidades, a necessi-

dade de agir enfaticamente em áreas cujos valores morais ordenam a ação dos indivíduos mais do que a ética da vida, e um certo embaraçamento de interesses entre a defesa do coletivo e a defesa de ações financiadas pelo sistema público de saúde e desenvolvidas por algumas entidades são, provavelmente, explicações que fundamentam parte dos ruídos verificados no cotidiano da atuação do controle social na saúde envolvendo essas ONGs.

Para aprofundar a análise, foram utilizadas principalmente as avaliações institucionais obtidas por meio das entrevistas e dos relatórios das Oficinas realizados pela ABIA. Para a verificação das proposições contidas nos relatórios das Oficinas regionais, os encaminhamentos foram categorizados e analisados de acordo com a frequência com que se apresentaram nos grupos de trabalho. O estudo dessas categorias permite algumas aproximações com a agenda que mobiliza o controle social e, particularmente, a perspectiva deste sobre os principais entraves do sistema público de saúde, com recorte para a atenção às pessoas com HIV/AIDS. Os dados obtidos por meio das entrevistas, que privilegiam a perspectiva dos gestores, foram categorizados e analisados de acordo com o seu conteúdo. Para a sua obtenção, foram formuladas uma questão básica sobre a avaliação institucional e a

³⁶ A expressão “ruídos”, tomada como sinônimo de “falhas” e “estranhamentos”, é utilizada no sentido dado por Merhy (1997), já que não quer registrar apenas a existência de tensões, senão de tensões que podem gerar evidências analisadoras da atuação das entidades no cenário do controle social na saúde. No caso específico da pesquisa, as tensões para as quais se quer chamar a atenção encontram-se na atuação de entidades da sociedade civil, em que há acusações de aparelhamento, de elitismo, de cooptação por parte dos Programas Governamentais etc. Mais do que a existência de conflitos assim verbalizados, a expressão “ruídos” procura registrar nessas ocorrências a hipótese de que se trata, na realidade, de uma percepção de crise em relação à própria atuação da sociedade civil no “controle” do estado. Uma discussão mais aprofundada sobre essa crise, em particular da sua dimensão conceitual, pode ser encontrada em outra publicação (FERLA, 2004).

Tabela 5 – Comparativo da distribuição por frequência das principais categorias de questões relativas ao Controle Social apontadas pelos participantes

Temas referidos	Frequência	
	N	%
Propostas de fortalecimento por meio de articulações externas	12	100
Propostas de fortalecimento por meio de intervenções na organização da própria dinâmica de funcionamento	11	92
Identificação de enfraquecimento por questões do próprio funcionamento	10	83
Identificação de enfraquecimento em relação às ações de AIDS	9	75
Propostas de fortalecimento da atuação em relação às ações de AIDS	8	67
Propostas de fortalecimento por meio de ampliação da infraestrutura dos Conselhos	8	67
Propostas para afirmação das prerrogativas dos Conselhos	8	67

Fonte: Relatórios das Oficinas de Controle Social.

descrição sucinta da relação entre a Secretaria, o controle social e as organizações da sociedade civil. Os dados dessa análise estão agrupados em torno das duas modalidades, já apresentadas, de articulação entre a gestão da saúde e a sociedade civil.

3.2.3.1. As questões do controle social em saúde no contexto da pesquisa

A Tabela 5 apresenta as sete categorias mais frequentes de encaminhamentos sobre o controle social nas Oficinas regionais. Estas questões geram evidências acerca de uma percepção de insuficiência ainda pronunciada no funcionamento do controle social, não vinculada às questões de infra-estrutura, mas à própria dinâmica política, o que pode explicar as proposições de ampliação da articulação, de formação de redes mais amplas com outros setores da sociedade civil e de permeabilidade a diversos temas que interferem no cenário da saúde.

Como se pode verificar, a agenda das instâncias de controle social está bastante marcada pelo seu fortalecimento. Esse padrão de propostas é freqüente em outras atividades que tomam o controle social na saúde como tema. Todavia, essa constatação geral não impede o destaque de algumas questões importantes e particulares que dialogam com o objetivo de propor uma agenda.

Nesse contexto, é relevante analisar com um pouco mais de detalhe a primeira categoria de encaminhamentos que esteve presente em todos os relatórios. Há uma visível procura para **formar redes ampliadas de parceria para o fortalecimento da atuação dos Conselhos de Saúde**. Essas articulações são propostas em um sentido ascendente (Ministério Público, Conselhos Estadual e Nacional de Saúde etc.); em um sentido lateral (redes/fóruns regionais de Conselhos Municipais de Saúde); em sentido interno aos próprios municípios (envolvimento de entidades e ONGs com atuação na saúde, entidades com atuação em outras áreas de interesse da saúde, entre outros).

A segunda categoria mais freqüente de encaminhamentos, que merece ser analisada com maior detalhe, diz respeito à **proposição de mudanças na própria agenda dos Conselhos**. Quatro subcategorias compõem esse eixo: mecanismos de descentralização dos Conselhos Municipais (conselhos gestores em unidades de saúde, plenárias descentralizadas, entre outros); mecanismos para qualificarem a decisão dos Conselhos (mecanismos para ampliarem o envolvimento e qualificarem a atuação no planejamento de políticas); mecanismos para ampliar a capacidade de monitoramento das políticas (domínio dos indicadores e dos riscos de descontinuidade das políticas aprovadas); diminuição do envolvimento com questões formais e protocolares (relatórios e projetos pró-forma, fluxos burocráticos etc.).

As duas primeiras categorias de encaminhamentos caracterizadas estão diretamente associadas à terceira, na qual são destacados os problemas vivenciados pelos Conselhos de Saúde que enfraquecem sua atuação segundo a avaliação dos participantes. Nela encontram-se a fragilidade nas articulações com outras estruturas de controle social e, genericamente, **problemas no funcionamento cotidiano dos Conselhos**, que tornam o fórum refém de fluxos e processos excessivamente operacionais e com efeitos apenas formais. Também parece relevante o fato de que a **infra-estrutura física e tecnológica dos Conselhos**, tradicionalmente colocada como questão fundamental para o fortalecimento do controle social nos espaços de participação, tenha aparecido somente em sexto lugar na ordem de freqüência. Uma hipótese, que precisa ser estudada com maior profundidade, é a de que há um movimento de maior capacidade de percepção e de análise da atuação dos Conselhos no âmbito político. Reforça esta evidência o fato de que em apenas um dos seminários foram propostas ações de fortalecimento do controle social centradas

na perspectiva de que este seja o executor de ações assistenciais.

As questões diretamente relacionadas à atenção em DST/AIDS foram destacadas em duas categorias específicas. A primeira delas refere-se à **análise de uma atenuação da atuação dos Conselhos na área de atenção em DST/AIDS**. Descrevem esta categoria: a) o desconhecimento das questões específicas da doença, do seu tratamento e da sua evolução; b) o desconhecimento dos processos, dos instrumentos e dos fluxos de planejamento e financiamento das ações; c) a fragmentação com que as questões relativas à AIDS aparecem nos Conselhos e a exigüidade de prazo para o seu aprofundamento; d) o descolamento das ações e das metas específicas em relação às demais áreas da atenção; e) a existência de espaços de articulação de entidades, particularmente das ONGs, que atuam na área, fora dos Conselhos. Outra categoria de encaminhamentos refere-se a **propostas de fortalecimento da atuação dos Conselhos em relação às questões específicas de AIDS**, que aponta: a) criação de comissões temáticas; b) sensibilização e/ou capacitação dos conselheiros; c) aproximação com os serviços especializados, inclusive por meio da criação de conselhos gestores.

Nesse momento da análise, é fundamental que se promova a triangulação das fontes utilizadas na pesquisa, já que podem fornecer subsídios para a proposição da agenda que é o objetivo da mesma.

Nas avaliações dos gestores, existe a compreensão de uma pronunciada fragilidade na relação com os Conselhos, que é descrita da seguinte forma:

- Contato apenas esporádico e formal, por ocasião da aprovação dos Planos de Ações e Metas, e relatórios, além de outros esclarecimentos pontuais eventualmente solicitados;
- Inexistência e/ou resistência à criação de comissões temáticas de DST/AIDS nos Conselhos;

- Resistências dos Conselhos às ONGs com atuação forte;
- Omissão e/ou baixo envolvimento dos Conselhos na defesa de questões relevantes da política específica;
- Divergências nas prioridades definidas nas Conferências específicas e nas Conferências de Saúde.

Parece evidente que boa parte das expectativas dos gestores e dos conselheiros tem convergências relevantes. Ao mesmo tempo, a não-superação desse problema demonstra que há um certo esgotamento nos mecanismos regulares da interface dos Programas de DST/AIDS e dos Conselhos de Saúde, o que requer mediações. Os dispositivos de relação com órgãos e entidades da sociedade civil, identificados como exitosos pelos gestores, podem indicar algumas dessas mediações. Analisando as iniciativas relatadas, é possível propor uma categorização dos mecanismos que vêm sendo desenvolvidos:

- Fóruns ampliados e permanentes para discussão, identificação de prioridades, planejamento e cooperação técnica com órgãos e entidades da sociedade civil.
- Espaços interinstitucionais de educação permanente em saúde, envolvendo profissionais de saúde da rede e organizações da sociedade civil.
- Fóruns para discussão e operação de atividades pontuais, como eventos, projetos e iniciativas.
- Parcerias isoladas com ONGs para a execução de atividades específicas, em particular no âmbito da prevenção e da educação em saúde.

Embora haja necessidade de aprofundamento no estudo dessas categorias de iniciativas relatadas, as duas primeiras estão mais associadas à função de controle social como descrito na

legislação e estão também associadas a evidências de maior capacidade de gestão governamental do sistema de saúde.

4. ALGUMAS QUESTÕES PARA UMA AGENDA DE MOBILIZAÇÃO DOS ATORES DO SISTEMA DE SAÚDE

O estágio atual do processo de descentralização no Estado do Rio de Janeiro mostrou-se demasiado heterogêneo e com efeitos muito tênues para ser orientado por uma política clara, como se viu. Esta constatação mantém coerência, que é assim percebida, em cada um dos três eixos constitutivos da análise: a organização da atenção, a organização da gestão e a participação da população. A descentralização do sistema de saúde é um processo político, técnico e administrativo que envolve mudanças de reorganização das práticas administrativas nas instituições e entre as instituições, reacomodação de poder e novas relações entre saberes constituídos e capacidade de intervenção. Sem uma orientação clara e sem uma condução política eficiente por parte do conjunto dos atores envolvidos, esse processo tende a fragmentar-se. É a partir de tal perspectiva que a atuação da sociedade civil organizada pode contribuir para esse processo. Mas é preciso explicitar um suposto que, embora verdadeiro no contexto atual, não está *constitutivamente* associado: o fortalecimento da descentralização do sistema de saúde somente é possível se tomado nessa dimensão, ou seja, o sistema como um todo. A fragmentação, que fratura o conceito de unicidade do sistema, formulada e desenvolvida na política de saúde por diversas instituições e em diferentes territórios, não endossa a promessa solidária, humanizada e ambiciosa do Sistema Único de Saúde (SUS) e nem o processo de mudanças sociais que o mesmo representa.

De acordo com as questões levantadas pela pesquisa, alguns temas mostram mais po-

tencialidade para interferir nesse cenário e podem compor uma agenda dos diversos setores do movimento social. Esses temas serão listados e sumariamente caracterizados, uma vez que devem ser submetidos ao debate e à validação coletiva:

Uso da informação e da comunicação em saúde:

a) A qualificação do processo informacional é uma reivindicação que atravessa os diversos cenários pesquisados. Estranhamente, só não tem relevância máxima quando a situação de saúde é analisada pela própria gestão. As evidências mostram déficits importantes no processo informacional, em particular nos seus extremos: na coleta e no uso. As informações existentes também apresentam déficits de qualidade evidentes, não suficientes para explicarem o pouco uso, como atualmente. Esta é uma reivindicação importante dos participantes do controle social. É componente relevante do monitoramento dos PAM's. Análises exaustivas dos indicadores e a produção de tecnologias para agregar mais "quantuns" de integralidade parecem ser necessárias e urgentes. A operação desse tema, de acordo com a proposta apresentada pelos participantes da pesquisa, parece passar por utilização, análise e discussão ampliada desses indicadores, não apenas o olhar técnico, que tende a se focar em uma única interpretação, mas a composição de um *mix* de perspectivas, em que os diferentes participantes possam agregar texturas na interpretação dos dados. A análise em maior profundidade e o compartilhamento de experiências podem ser um dispositivo importante. Algumas iniciativas das Coordenações dos Programas de AIDS, principalmente no Rio de Janeiro, Nova Iguaçu e

Niterói, parecem demonstrar essa potencialidade.

O processo da descentralização:

a) As evidências da pesquisa indicam que o processo formal de descentralização no Estado do Rio de Janeiro está aprisionado na dimensão técnico-operacional, marcada pela constatação da situação atual ou pelo desenho de idealizações que fogem aos limites da possibilidade objetiva de produzir mudanças. Entretanto, iniciativas informais continuam reescrevendo a potência política do processo de regionalização do sistema de saúde. Aqui parece se encontrar um importante tema para mobilizar, ainda mais, a sociedade civil e as organizações que atuam no âmbito da atenção às pessoas que vivem com AIDS. Alguns eixos de atuação tornam-se úteis para esse processo:

- 1) Implicar a gestão nas três esferas de governo no processo de descentralização: a identificação de fragilidades maiores ou menores em cada uma das esferas não exige o poder público da responsabilidade constitucional de operar as mudanças necessárias à implementação do sistema de saúde tal qual definido legalmente;
- 2) A politização do processo de descentralização: é preciso destacar a perspectiva e os recursos do conjunto de atores da *esfera pública híbrida* na configuração desse processo. As evidências mostram que há uma tentativa de capturá-lo através do seu pólo técnico-administrativo.
- 3) Um dos efeitos da tecnicidade do processo de descentralização é a consciência de uma certa complexidade no cenário da saúde, que parece impedir a implementação de iniciativas mais ousadas para a sua

implementação. A descentralização não ocorre sem a produção de mudanças e de novos arranjos de saberes e poderes, produção esta que precisa ser reconhecida como necessária pela sociedade civil, inclusive nas formas de organizar as ações e os serviços, nas tecnologias utilizadas para a gestão e na abertura à participação.

A gestão de recursos, de infra-estrutura e dos trabalhadores em saúde:

- a) Politizar a questão dos recursos e da operação da infra-estrutura: a militância social e a experiência brasileira na questão dos medicamentos anti-retrovirais têm mostrado a importância de politizar os processos administrativos e burocráticos do poder público, em particular no que se refere a questões tão particulares como a vida e a saúde das pessoas. Aponta-se a morosidade e o formalismo burocrático como atributos da gestão pública, como se a iniciativa privada, quando tensionada em seus interesses, não tivesse a capacidade de postergar a tomada de decisões, ou mesmo, como se não existissem exaustivas evidências de privatização da própria esfera pública.
- b) A dificuldade de acesso a bens, insumos e serviços é apontada como categoria relevante de problemas pelos participantes das oficinas de trabalho, enquanto que para os gestores é o fluxo operacional da disponibilização a questão que mais se destaca. Há uma visível transposição de categorias de problemas e, portanto, das lógicas de operação: de uma dificuldade que diz respeito à vida e à saúde para outra voltada para a técnica e o fluxo burocrático. Ora, é sabido que a urgência de uma questão relativa à vida é excepcionalmente maior do que a do fluxo formal. No entanto, muitas

vezes a primeira é submetida à segunda. A pesquisa parece indicar uma dupla direcionalidade para operar a politização da gestão dos recursos:

- 1) A produção de tensões relativas às próprias estruturas e aos fluxos utilizados na gestão, que são apontados como excessivamente morosos pelos coordenadores de Programas de AIDS. Há que se ter cuidado com uma permanente ameaça de risco de dano ao interesse público com a agilização dos processos administrativos e também com a cronicidade de falta de planejamento. Ambos funcionam como explicação para a manutenção da transposição colocada no item anterior. Inúmeras iniciativas mostram que, diante de determinados estímulos, o fluxo administrativo torna-se ágil e eficiente. É preciso que isso ocorra em presença do pleno predomínio do interesse público. Esta é uma responsabilidade política da gestão. A tensão em relação a esses fluxos e às estruturas que os mantêm procura devolver o problema, comumente transferido para a população usuária, para seu lugar de origem: a gestão.
- 2) A produção de tensões nas culturas política, institucional e legal de centralização. A pesquisa mostrou evidências fortes de que o problema da morosidade não se esgota no âmbito da operação dos fluxos administrativos, tampouco no interior dos Programas de AIDS ou das Secretarias de Saúde. Há uma cultura que naturaliza o controle central, principalmente por meio de fluxos burocráticos, que se embasa e se atualiza no próprio arcabouço legal. A descentralização precisa produzir mudanças, inclusive neste âmbito. Alguns dispositivos atualmente em vigência demonstram ser particularmente inadequados para o contexto da saúde, como foi identificado

pelos participantes da pesquisa: a legislação que envolve o fluxo orçamentário e financeiro, em particular para compras, o fluxo de administração de pessoal e os limites de gastos em áreas finalísticas da gestão, como é o caso da saúde. É preciso fortalecer a tensão social que existe hoje em relação a esses marcos legais que estão associados a marcos culturais fortes. Uma nova cultura de gestão dos recursos e dos interesses públicos necessita emergir e diferentes dispositivos legais devem fortalecer tal processo. Nesse âmbito, parece estar potencializada, inclusive, uma parceria importante com as próprias esferas de gestão.

O tema da integralidade:

a) Embora com avanços conceituais importantes, as discussões sobre práticas de integralidade ainda esbarram na produção de tecnologias compatíveis com o sistema de saúde. A atenção em DST/AIDS pode contribuir para os avanços necessários em algumas dimensões relevantes:

1) As questões culturais que envolvem o risco, a prevenção, o adoecimento e o tratamento da AIDS impõem a ampliação das capacidades da clínica disponíveis nos serviços de saúde, visando à aproximação do sujeito de uma forma mais geral. As intervenções do sistema de saúde nesse cenário delineiam-se mais efetivas do que as mudanças no sistema educacional. A educação permanente parece ser dispositivo potente para tal tipo de abordagem. Esse movimento foi identificado em algumas iniciativas relatadas nos sistemas e nos serviços de saúde, nos quais as questões relativas ao atendimento foram discutidas envolvendo gestores, profissionais, ONGs;

- 2) A politização da prevenção e do direito à atenção integral como estratégia de mudança nas práticas de atenção e de gestão;
- 3) A politização da idéia do direito à saúde, como direito de acesso e de participação: de acesso ao conjunto de bens e serviços das várias naturezas tecnológicas; de participação na definição de políticas para orientar esse acesso e controlar sua implementação;
- 4) A reorganização das ações de saúde e dos saberes que as fundamentam: ampliação da clínica, racionalidades médicas, saberes subalternos, relações de saber e poder na atenção aos usuários nos serviços de saúde;
- 5) A organização de redes de apoio e de autonomia ao usuário, redes estas que permitam diminuir a dependência dos serviços de saúde e ampliar o protagonismo de cada um no decorrer da sua vida.

Dispositivos e iniciativas de educação permanente em saúde:

a) A pesquisa identificou diversas iniciativas exitosas no âmbito da educação permanente em saúde, entre as quais as próprias oficinas realizadas pela ABIA. A utilização das tecnologias e das diretrizes da educação permanente em saúde permite a gestão compartilhada de problemas e de recursos, a produção compartilhada de recursos tecnológicos adequados à realidade, o estabelecimento de outras bases de relação entre os atores envolvidos (com menor marca pelo lugar institucional e/ou o *status* da profissão que ocupam) e o desenvolvimento de novas referências para o compromisso ético-político dos atores. O estudo com maior profundidade, o monitoramento e o estímulo à multiplicação dessas iniciativas parecem

ser pontos relevantes para a agenda de mobilização social que se faz necessária.

O fortalecimento de uma esfera pública híbrida no entorno das políticas públicas de saúde:

a) Mais do que a idéia do controle dos recursos, que parece ter aprisionado boa parte da potência dos espaços formais de participação da população no sistema de saúde, é necessário fortalecer a idéia e as iniciativas de uma esfera pública híbrida e ampliada em torno das políticas públicas de saúde. Algumas questões aparecem com força nesse contexto:

- 1) Há *ruídos*³⁷ na interface dos espaços de controle social e em algumas organizações da sociedade civil que merecem ser tomados como dispositivos para analisar com maior profundidade as relações atualmente estabelecidas e para a propor estratégias de mediação de diferenças e de superação da fragmentação que, algumas vezes, se verificam. Esses ruídos estão bastante presentes na base empírica que compõe os cenários da pesquisa.
- 2) O resultado da mediação precisa apontar para o fortalecimento das prerrogativas institucionais dos Conselhos e das Conferências de Saúde – em particular a prerrogativa de deliberar sobre as políticas de saúde e a de controlar a sua execução – e para o revigoramento da atuação das organizações que trabalham com DST/AIDS. Um movimento de dupla direcionalidade vem apontando para essa mediação:

³⁷ Como foi registrado anteriormente, a expressão “ruídos” mais do que simplesmente registrar tensões entre as entidades procura destacar a capacidade analisadora desses ruídos, que parecem demonstrar a compreensão de um certo esgotamento na lógica da participação da sociedade civil marcada pela oposição ao estado e voltada para o controle dos recursos.

- Fortalecimento dos Conselhos e das Conferências: ampliação da cooperação técnica e do apoio político das ONGs para a sua atuação, particularmente nos Conselhos, no exercício do controle social, por meio da formulação de análises e diagnósticos sobre a situação das DST/AIDS, inclusive na aprovação e no acompanhamento dos PAMs. Há uma sensibilidade importante dos Conselheiros para a criação de Comissões Temáticas de DST/AIDS, o que é uma demanda dos gestores e das ONGs;
 - Fortalecimento da atuação das ONGs no sistema de saúde: ampliação da capacidade de compreender e analisar o sistema de saúde e de atuar na defesa de outras prioridades do sistema. A atuação especializada, que pode auxiliar os Conselhos nas questões específicas, não deve se tornar impeditivo de defesa e de compreensão de outros aspectos do sistema de saúde. Tampouco o envolvimento direto do sistema de saúde e a captação de recursos podem tornar as ONGs reféns e/ou dependentes da gestão pública, preocupação que foi identificada em diversos momentos da pesquisa;
- 3) Como iniciativas para a superação da fragmentação atualmente verificada, ficam indicados:
 - Fortalecimento da atuação de outros atores sociais nos espaços dos Conselhos e das Conferências: a necessidade de ampliação da rede de atores do controle social é reconhecida amplamente pela precisão de se promover a renovação dos próprios conselheiros. A formação e o envolvimento de novos atores sociais na rede de relações das ONGs

podem fortalecer os próprios espaços formais de participação.

- O acompanhamento e o monitoramento das deliberações dos Conselhos e das Conferências de Saúde é uma necessidade identificada nos próprios espaços de participação. Nas questões relativas à informação, os conselheiros apontaram com ênfase a dificuldade de acessarem e de interpretarem as mesmas como base para a tomada de decisões. Ampliar essa capacidade aparece como uma ação fundamental para que cresçam as possibilidades de atuação do componente não-estatal da esfera pública nas políticas de saúde.
- Uma questão fundamental é sobre o controle da execução financeira. As Ordenações de Programas afirmam, na quase totalidade, não acompanharem e até desconhecerem os recursos financeiros alocados no programa, mesmo as transferências de outras esferas. Qualificar o controle da execução financeira dos recursos transferidos para as próprias ONGs, parece ser uma necessidade imediata.

b) A rede de articulações interinstitucionais, para a qualificação da atuação dessa esfera pública híbrida nas políticas públicas de saúde, inclui instituições governamentais dos diferentes poderes e não-governamentais. O compartilhamento desse esforço entre os atores já envolvidos torna a articulação mais ágil e mais potente. É fundamental construir essa rede com base em uma idéia ampliada de participação, que excede, em grande medida, a idéia vigente do controle social e das competências de Conselhos e de Conferências de Saúde. Para essa idéia, o compromisso ético e político com a vida e com o sistema de saú-

de deverá ser mais relevante que os papéis desempenhados no sistema de saúde (categorizados nos diferentes “segmentos” em que são classificados os participantes dos espaços formais de controle social). Na produção dessa perspectiva, a história de tais espaços e o aprendizado das ONGs que atuam na área de DST/AIDS deverão dialogar fraternalmente para produzirem mediações fortes para a defesa política da vida e do sistema de saúde.

No contexto concreto da pesquisa, essas questões tiveram destaque, embora outras também tenham se evidenciado. Como se pretendia analisar o “estado da arte” da descentralização do sistema a partir da percepção de atores selecionados, na busca de potencialidades para uma agenda de mobilização que tivesse capacidade de fortalecer o processo de descentralização, o próprio destaque percebido é o marcador da potencialidade dos temas. Vale recordar que a proposta de descentralização do sistema, tal qual foi registrada no arcabouço normativo do SUS, é marcada por um sentido de construção local de alternativas prudentes para a ampliação da qualidade do desenvolvimento de vida de todos.

Para finalizar, uma lembrança de um mestre e artista na produção do sistema de saúde brasileiro e da sua vinculação com a defesa da vida, David Capistrano Jr. (1995: 41), que ajuda a dar sentido (e urgência) à análise da agenda dos atores que compõem os sistemas de saúde com abordagem para a avaliação da descentralização:

A defesa da vida e o compromisso com a vida são valores que nem a mão invisível do mercado nem a mão pesada do planejamento centralizado e burocrático são capazes de garantir. Valores que ou vingarão através de empenho, luta, coragem e convicções firmes, ou simplesmente serão suplantados pelo cinismo, pela indiferença, pela cupidez e pelo individualismo mais feroz.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Org.). *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996 (Federalismo no Brasil).
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(3):455-479, 2002.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. 5.ed. Brasília: UNB, 2000.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. *Diário Oficial da União* nº 191-A, 5/10/1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional Básica nº 01/93. Brasília, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira*. Brasília, 2004. (Cadernos de Atenção Especializada, 3).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, 2004b.
- CAPISTRANO JR., D. *Da saúde e das cidades*. São Paulo: HUCITEC, 1995.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. Notas cartográficas sobre escuta e escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005.
- CÔRTEZ, S. M. V. Fóruns participatórios na área da saúde: teorias do estado, participantes e modalidades de participação. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 49, p.73-79, maio 1996.
- CÔRTEZ, S. M. V. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, 4(7), p.18-49, jan./jun. 2002.
- DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE. A resposta brasileira ao HIV/AIDS: analisando sua tranferibilidade. Rio de Janeiro: CEBES, nº 27, ago. 2003.
- FERLA, A. A. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. 2002. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- FERLA, A. A. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1), p.85-108, 2004.
- FERLA, A. A.; FAGUNDES, S.M.S. (Org.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa/Escola de Saúde Pública, 2002.
- FERLA, A. A.; JAEGER, M. L. Controle social como processo: a participação da população na saúde e o orçamento participativo do Estado do Rio Grande do Sul. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa/Escola de Saúde Pública, 2002.
- FERLA, A.A.; JAEGER, M.L.; PELEGRINI, M.L.M. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os governos. In: SOARES, L. T. (Org.). *Tempo de desafios: a política social democrática e popular no governo do Rio Grande do Sul*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- FERLA, A. A.; MARTINS JR., F. C. Gestão solidária da saúde: a experiência da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.23, p.8-20, 2001.
- GALVÃO, J. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.
- GUILHEM, D. *Escravas do risco: bioética, mulheres e AIDS*. Brasília: UNB/FINATEC, 2005.
- HEIMANN, L. S. et al. *Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal*. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- JOVCHELOVITCH, M. *Municipalização e saúde: possibilidades e limites*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1993.

- LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: ABRASCO, 2001.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- MINAYO, M. C. S. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- PARADA, R. A construção do sistema estadual de saúde: antecedentes e formas de inserção. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11(1):19-104, 2001.
- PARKER, R. G. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.
- PARKER, R. G. Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DSTs/AIDS. In: PARKER, R. G.; TERTO JR., V.; PIMENTA, M. C. *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.
- PINHEIRO, R. Em defesa da vida: modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11(2):123-166, 2001.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- SCHNEIDER, A. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11(2):51-66, 2001.
- SILVA, I. F.; LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 17(1):161-170, jan./fev. 2001.
- SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contexto de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(3):431-442, 2002.
- VIANNA, A. L. D.; LEVCOVITZ, E.; DAL POZ, M. B. O SUS no Estado do Rio de Janeiro. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11(1):11-17, 2001.

