

PROCESSO DECISÓRIO E CONFLITOS DE INTERESSE NA IMPLEMENTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE: um estudo das instâncias colegiadas na Bahia¹

Maria do Carmo Lessa Guimarães

RESUMO: O artigo analisa os conflitos intergovernamentais no processo decisório sobre as transferências de recursos, decorrentes da política nacional de descentralização da saúde. Para tanto, utilizou-se de dados de pesquisa realizada no âmbito das instâncias decisórias colegiadas estaduais do estado da Bahia, o Conselho Estadual de Saúde (CES-BA) e em especial a Comissão Bipartite Estadual (CIBE-BA), no período de 1993-1998, sendo este último foro privilegiado de negociação, entre representantes estaduais e municipais, sobre a distribuição de recursos para a operacionalização do sistema de saúde no âmbito regional e local. A análise agrega evidências para a defesa de uma concepção ampliada de descentralização enquanto fenômeno gerador de conflitos e de natureza eminentemente política, por lidar, assim como o federalismo, com a divisão territorial de poder do Estado e governo. Argumenta-se que a descentralização de políticas públicas acirra ainda mais os conflitos entre as esferas de governo, em face das desigualdades inter e intra-regionais, próprias da federação brasileira. Os resultados da pesquisa na Bahia reforçam este argumento.

PALAVRAS-CHAVE: descentralização da saúde, processo decisório, federalismo, políticas públicas de saúde.

INTRODUÇÃO

Com o processo de redemocratização do Brasil, marco importante para a federação brasileira que se inicia no final dos anos 80, a reforma do Estado brasileiro passou a ser ponto importante nas agendas dos últimos governos. São também resultado deste processo

¹ Este artigo é extraído de dados e argumentos levantados na minha tese de Doutorado: “*Descentralização da saúde, Interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998*” defendida em novembro de 2000. O detalhamento da metodologia encontra-se na versão completa da tese, a qual pode ser consultada no site www.adm.ufba.br. Agradeço a Profª. Dra. Celina Souza, orientadora da tese, pelas contribuições valiosas e incentivo para a elaboração deste artigo.

as iniciativas de descentralização das políticas sociais com distribuição de recursos entre União, estados e municípios previstas pela Constituição de 88, com o objetivo de melhorar a capacidade financeira dos dois últimos e de consolidar o sistema federativo no Brasil (Azevedo, 1997; Diniz, 1996, p. 162).

Neste contexto, as experiências de implementação da descentralização de políticas públicas nestas últimas décadas, em particular as de corte social, vêm provocando disputas e confrontos entre unidades federadas e entre atores sociais com graus de poder e de recursos distintos, num território complexo, heterogêneo e desigual como o da Federação brasileira, em face das enormes disparidades intra e inter-regionais verificadas no país, o que tem condicionado, por sua vez, a existência de um alto grau de complexidade nas relações intergovernamentais no âmbito do federalismo brasileiro (Souza, 1996).²

Esta complexidade é analisada por alguns autores (Silva, 1995, Almeida, 1996, Souza, 1998) como decorrente também da própria natureza da Federação brasileira, a qual não se constituiu como resultado de um processo de estabilização das relações de poder entre unidades sub-nacionais de governo, na medida em que a criação do governo nacional precede as instâncias sub-nacionais e, “*num movimento célere de centralização, define, em menos de cinquenta anos, os rumos do desenvolvimento e o papel dessas instâncias*” (Silva, 1997, p. 333).³ Desse modo, a história do federalismo brasileiro oscilou entre momentos centralizadores a favor da União, escassas iniciativas de fortalecimento dos estados-membros e, em outros momentos concessões formais à autonomia municipal. “*Assim, as Constituições brasileiras sempre oscilaram quanto ao papel da União, dos estados e dos municípios no sistema federativo*” (Souza, 1992, p. 18).

² Ver síntese dos indicadores destas disparidades em Souza (1998).

³ Para Silva (1987) “a nação brasileira conforma-se a partir de uma base sócio-econômica e política extremamente heterogênea. A soldagem ou o amálgama de interesses obtido a partir de unidades tão heterogêneas sempre foi conseguido pela ação do governo central, via manejo dos fundos públicos, através de mecanismos particulares e da definição, entre outras, das regras de atuação político-partidário e político-eleitoral. Esse amálgama de acordos e alianças, que passa por um conjunto de regras e formas de composição com graus de formalidade muito variável, constitui uma espécie de pacto que, ao longo dos últimos cinquenta anos, manteve e renovou a unidade nacional a partir dessas regiões tão diferenciadas” (Silva, 1997, p. 333).

Por outro lado, os sistemas políticos federais, fundamentam-se em teorias políticas e sociais do federalismo, e sua existência implica conflitos, ou seja, o conflito é próprio da natureza do federalismo. Por esta razão, o estudo da descentralização de políticas públicas, em estados federais, constitui-se numa estratégia de estudo sobre como se processam os conflitos entre esferas de governo, o que significa, em última instância, a análise sobre como se operacionalizam os sistemas federais.

Neste sentido, neste artigo, defendo a relevância da análise dos conflitos de interesse no processo decisório para a implementação de políticas sociais descentralizadas, no âmbito dos estados federados, buscando identificar os fatores que interferem nas decisões sobre as transferências de recursos entre as unidades sub-nacionais de governo, mais precisamente entre estados e municípios. Isto porque, embora a descentralização possa ter fortalecido a democracia e o federalismo no Brasil ao incorporar os vários centros de poder às cenas política e decisória, como argumenta Souza (1998), a existência de fatores econômicos e políticos influenciando seus resultados deve ser admitida, na medida em que a descentralização, assim como o sistema federativo, não ocorre num vazio político, econômico e social. Argumento que os conflitos presentes no processo de decisão sobre as transferências de recursos para a saúde entre as esferas estadual e municipal e entre estas e a esfera federal, são gerados e fomentados pela própria descentralização e fazem parte de um universo político de difícil regulação.

No caso particular da política de saúde, a adoção da descentralização como eixo estruturante da reforma do sistema de saúde está contemplada na Lei Orgânica da Saúde, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS)- Lei 8080/90, e na sua proposta de gestão partilhada, através da institucionalização de instâncias colegiadas de decisão, as Conferências, os Conselhos de Saúde e as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite). Estas últimas, instituídas por Normas Operacionais Básicas, compõem, em conjunto com os Conselhos de Saúde,

os foros de negociação e deliberação em cada instância de governo sobre o processo de descentralização da saúde no país.⁴

Nesta perspectiva, o Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Comissão Intergestora Bipartite Estadual (CIBE) assumem, em razão das suas configurações enquanto arenas políticas de negociação entre as esferas sub-nacionais de governo e os distintos atores envolvidos, um papel importante no processo de decisão no âmbito regional sobre as transferências de recursos do nível federal para os estados e municípios e para outros prestadores de serviços de saúde. Ressalta-se porém, que as competências do CES são de natureza mais propositiva e deliberativa sobre um conjunto de questões que envolve a política de saúde no âmbito regional, enquanto que a CIBE exerce um papel mais gerencial, ou seja, espera-se que nesta arena se processem as negociações e pactuações entre os representantes do estado e dos municípios da sua jurisdição, sobre as regras e procedimentos a serem observados para as transferências do conjunto de recursos necessários para os municípios assumirem a gestão da saúde em seus respectivos territórios.

Por estas razões, ao pretender discutir os conflitos decisórios decorrentes da descentralização da saúde no plano estadual quando da operacionalização das transferências de recursos do nível federal para os estados e municípios, este artigo privilegia os resultados da pesquisa sobre o processo decisório no âmbito da Comissão Bipartite do Estado da Bahia, na medida em que é nesta instância que os interesses do estado e dos municípios se confrontam de forma mais explícita. Os enfrentamentos verificados no CES-BA entre os conselheiros representantes de vários segmentos da sociedade serão analisados de forma tangencial, por considerar a natureza mais formuladora deste colegiado bem como pelo fato de que a participação desses outros segmentos no conselho coloca os conflitos entre o estado e os municípios num plano menos privilegiado.

Nesta perspectiva, as discussões apresentadas neste artigo visam contribuir para agregar evidências sobre o jogo de poder que se esta-

⁴ As principais Normas Operacionais editadas pelo Ministério da Saúde para regulamentar o processo de descentralização da saúde até o momento foram as NOB1/93 e a NOB1/96 e a NOAS/ 2001.

belece entre as esferas sub-nacionais de governo quando da implementação de políticas públicas descentralizadas, mesmo as políticas deliberadas, de cunho nacional e com arcabouço jurídico normativo definidos, a exemplo da política de saúde, aqui apresentada como caso ilustrativo dos argumentos defendidos.

Por outro lado, é importante ressaltar que estudos empíricos centrados no âmbito da esfera estadual contribuem para um melhor entendimento sobre o papel dos estados-membros na implementação dessas políticas descentralizadas no contexto da Federação brasileira, pois é nesta instância que os conflitos intergovernamentais e as disputas entre as unidades de governo da Federação se manifestam de forma mais clara.

O artigo está estruturado da seguinte forma: na primeira parte, discuto as características da política de saúde brasileira que adota a descentralização como eixo estruturante para a implantação do SUS e elege os municípios como a instância de governo operadora das mudanças pretendidas por este novo sistema. Com base neste desenho, levanto algumas reflexões sobre características do federalismo brasileiro, entre as quais a heterogeneidade de situações constitui terreno propício para que o processo de descentralização acirre ainda mais os conflitos intergovernamentais, impondo certos limites às propostas do SUS. Diante disso e em função das controvérsias observadas na literatura sobre descentralização, proponho, na segunda parte deste artigo, um conceito mais ampliado de descentralização, através da sua convergência com o conceito de federalismo, ampliando seu poder explicativo sobre os conflitos intergovernamentais decorrentes da implementação de políticas descentralizadas em Estados federais. Nas terceira e quarta partes discuto os resultados da pesquisa sobre o processo decisório no âmbito das instâncias colegiadas estaduais de saúde, CES e CIBE, em especial nesta instância da Comissão Bipartite do Estado da Bahia (CIBE-BA), analisando os conflitos entre as unidades de governo da Federação, gerados no momento de implementação das transferências de recursos previstas pela descentralização da saúde. Por fim, à guisa de considerações finais, apresento alguns pontos que foram evidenciados pela pesquisa empírica que reforçam o argumento sobre a natureza política da descentralização.

A POLÍTICA PÚBLICA DESCENTRALIZADA DE SAÚDE: um caso emblemático no Brasil

Entre os setores mais atingidos pela reforma do Estado no Brasil está o setor saúde, o qual incorporou de forma significativa a descentralização como estratégia para a reorganização do sistema de saúde do país. O principal porta voz desta estratégia foi o movimento da Reforma Sanitária, que exerceu forte influência na formulação das políticas de saúde do Brasil nestas três últimas décadas. Este movimento fora concebido como um processo social e político e como um conjunto articulado de intervenções com o objetivo de construir um novo sistema de saúde para o país, orientado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde.

A descentralização foi defendida por este movimento como estratégia central para viabilizar as propostas de reformas do setor saúde no Brasil, o que contribuiu para que ela obtivesse um consenso expressivo no momento da formulação do capítulo da Seguridade Social, na Constituição de 1988, e da formulação da Lei Orgânica da Saúde – 8080/90, que criou o Sistema Único de Saúde- SUS.

Essa situação fez com que o setor saúde se tornasse o setor emblemático no Brasil em defesa da descentralização como meio para atingir as transformações pretendidas, seja em relação às formas de intervenção sobre os problemas de saúde, ou em relação à reorganização do sistema. Dessa maneira, a descentralização da saúde está, desde sua origem, relacionada a aspectos dessa proposta considerados virtuosos, principalmente no tocante à possibilidade de ela vir a ser uma estratégia que possibilitaria melhorar a eficiência dos serviços, ampliar a participação dos cidadãos nas decisões sobre a política, sobre a alocação de recursos financeiros e no controle sobre os serviços de saúde prestados em todos os âmbitos, principalmente na esfera local.

Do ponto de vista do Governo Federal, nas três últimas administrações, o argumento utilizado em defesa da descentralização sustenta-se na necessidade de reformas econômicas, políticas e administrativas do Estado e diante da impossibilidade da União continuar assumindo determinados encargos e custos. Observa-se, segundo Azevedo (1997), que nas orientações contidas no projeto de Reforma Admi-

nistrativa do Estado Brasileiro formulado na gestão do governo de FHC, tendo à frente o então ministro Bresser Pereira, são adotados critérios de mercado como parâmetro decisivo de organização institucional, e elegem-se a eficiência econômica, a auto-suficiência financeira e o equilíbrio do orçamento público como metas prioritárias das políticas públicas (Azevedo, 1997, p. 63).

Diante disso, a opção pela descentralização como estratégia para promover mudanças no padrão de intervenção pública, dentre as quais as relativas ao setor saúde, propicia a transferência de responsabilidades públicas para os níveis sub-nacionais de governo, ainda que grande parte dessas responsabilidades continue a ser financiada prioritariamente pelo orçamento federal.

Nesta perspectiva, algumas questões relativas à natureza do federalismo brasileiro e as condições em que este opera são importantes para identificar até que ponto as reformas descentralizadoras e suas engenharias institucionais propostas consideram o substrato político e social em que serão implementadas. A importância que os municípios adquiriram com a Constituição de 1988, enquanto instância de governo responsável pela execução das políticas públicas, e o papel que lhes foi atribuído na operacionalização do sistema de saúde, e, por conseqüência, na implementação das mudanças pretendidas para a reorganização do novo sistema de saúde brasileiro, traz à tona a crônica condição de dependência financeira, técnica e política de milhares de municípios brasileiros das outras esferas de governo. Esta situação obriga a se pensar na viabilidade destes assumirem, enquanto entes constitutivos da Federação, suas novas competências e responsabilidades em relação às políticas públicas previstas pela nova Constituição, em particular aquelas referentes à política de saúde.

Outra característica do federalismo brasileiro também importante para o processo de implementação da descentralização de políticas públicas, após a promulgação da Constituição de 1988, diz respeito ao papel desempenhado pelos estados-membros.

No que se refere à reforma descentralizadora da saúde (aqui analisada como ilustração dos argumentos apresentados), o papel do estado-membro ainda não foi suficientemente enfrentado, mesmo o SUS admitindo o princípio da complementaridade entre as três esferas

da Federação, para com a atenção à saúde da população, na sua engenharia institucional. A concretização dessa complementaridade tem sido geradora de conflitos de poder entre as esferas de governo ao ser utilizada, por exemplo, pelos estados federados, como justificativa para a manutenção de certas prerrogativas, que são dos municípios, mas que estão colocadas como transitórias para o nível estadual. Ou, de outro modo, ações protelatórias dos municípios para assumirem certas responsabilidades previstas em Lei, e que são justificadas em função das suas crônicas condições financeiras e técnicas.

Do mesmo modo, alguns autores, a exemplo de Mendes (2000) e Médici (1996) admitem que os dispositivos legais que regulam a política de saúde, ao definirem as competências entre as esferas de governo, deixam os estados federados, através das Secretarias Estaduais de Saúde, frágeis e sem funções regulatórias e redistributivas, ao reforçar o poder financeiro e normatizador do governo federal e o poder dos municípios de implementar as políticas descentralizadas. Contudo, esta possível fragilidade admitida pelos autores citados não impede que as Secretarias Estaduais de Saúde utilizem expedientes não normatizados e/ou brechas identificadas nos próprios dispositivos legais para exercitarem seu poder de obstaculizar ou favorecer as transferências de recursos para determinados municípios. Isto ocorre principalmente em função do seu papel enquanto instância de governo balizadora das condições técnicas e operativas dos municípios, no momento em que estes pleiteiam se habilitar a gestores do SUS em seus respectivos territórios.

Esta situação reforça o ponto de vista de Abrucio (1998), sobre uma possível subestimação do papel dos estados-membros na condução do processo de implementação de políticas públicas descentralizadas, os quais, segundo o autor, podem obstaculizar esse processo em direção aos municípios, na medida em que passam também a disputar poder com estes e, nesse jogo, são às vezes introduzidas dificuldades que acirram os conflitos intergovernamentais.

Nessa direção, alguns estudos constatam que a responsabilidade pública pela gestão de políticas sociais, como a da saúde, passou a ser também um dos elementos da barganha federativa (Arretche, 1998). Considerando a situação de pobreza e de extrema desigualdade como

a brasileira, Arretche chama a atenção, por exemplo, se os custos políticos e/ou financeiros da gestão de uma dada política são avaliados como elevados, “*a barganha federativa consiste em buscar atribuí-los ou imputá-los a um outro nível de governo*” (p. 4), principalmente se essa política tem como princípio a universalidade, como no caso da saúde, o que significa que ela tende a exigir mais recursos, dada a obrigatoriedade de ofertá-la em grande escala. Segundo a autora

é devido à dimensão de barganha federativa que o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil só pode ser efetivo na medida em que as administrações locais avaliem positivamente os ganhos a serem obtidos a partir da assunção de atribuições de gestão; ou, pelo menos, que considerem que os custos com os quais deveriam arcar poderiam ser minimizados pela ação dos demais níveis de governo. Assim, nas condições brasileiras atuais, a adesão dos governos locais às transferências de atribuições depende diretamente de um cálculo no qual são considerados, de um lado, os custos e benefícios fiscais e políticos derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política, e de outro, os próprios recursos fiscais e administrativos com os quais cada administração conta para desempenhar tal tarefa (Arretche, 1998, p. 5).

Esse jogo de perdas e ganhos torna-se mais evidente no momento dos enfrentamentos decisórios sobre as transferências de recursos, quando os interesses que orientam as decisões requerem maior explicitação. Isto porque a descentralização de políticas públicas, ao prever não só transferências de recursos financeiros como também encargos governamentais, acirra ainda mais os conflitos e disputas intergovernamentais. Além disso, na literatura, o debate sobre a descentralização, assume significados que variam de meros rearranjos administrativos à transferência de poder decisório entre unidades de governo e entre grupos sociais, e essa diversidade de significados é também um dos fatores que contribui para o acirramento de divergências no momento da implementação de reformas descentralizadoras, tanto em Estados unitários como em Estados federais. Esta situação tem apontado para a necessidade de se empreenderem esforços teóricos no sentido de buscar a convergência entre os conceitos de descentralização e de federalismo, que lidam com a divisão territorial do poder do Estado e do governo, com vistas a ampliar o conceito de descentralização e seu poder explicativo sobre os conflitos intergo-

vernamentais decorrentes da implementação de políticas descentralizadas no âmbito de Estados Federais.

DESCENTRALIZAÇÃO E FEDERALISMO- em busca de uma convergência conceitual

Ao analisar os fundamentos teóricos do federalismo, constata-se que a idéia de conflito entre unidades de governos encontra-se na origem da concepção de federalismo decorrente da necessidade de integração ente unidade e diversidade, entre o local e o nacional, mais presente nos Estados federais mas não totalmente ausente em Estados unitários, o que significa entender o federalismo não apenas como uma forma particular de divisão territorial do Estado-nação.

Nesse sentido, a concepção de federalismo aqui adotada contempla uma combinação de autonomia com dependência dos entes descentralizados, conforme assumiu Elazar (1991) ou de que o “federalismo é essencialmente um conceito de valor” e resultado de conflitos decorrentes de uma tensão entre a unidade e a diversidade, como admitiu Burgess (1993) ou ainda, como reconhece Smith (1985), de que a dimensão crítica do federalismo reside justamente nos procedimentos requeridos para corrigir a estrutura das relações entre governos o que implica pensar na distribuição territorial de poder do Estado. É neste particular que também considera-se essencial investigar pontos de interseção entre os conceitos de descentralização e de federalismo. Isto porque a descentralização conceitualmente refere-se a um fenômeno de natureza eminentemente política por pressupor justamente a redistribuição de poder, e, ser, por esta razão, geradora de conflitos e disputas. Assim, conflitos e disputas dão à descentralização seu conteúdo político. Em Estados federais, conflitos e disputas de poder territorial geram novos conflitos, ou seja, superada a fase da decisão de descentralizar, novas disputas surgem na sua implementação, em especial no processo de transferências de recursos da esfera federal para os estados e municípios. Essas transferências entre as unidades de governo implicam um jogo entre distintos atores e esferas de governo, com graus de poder diferenciados, mostrando que o consenso está longe de se repetir no momento de implementação da política.

Nesse sentido defende-se o entendimento de que é agregando à concepção sobre descentralização aspectos conceituais sobre a natureza dos conflitos que ocorrem nos processos de transferências decorrentes das reformas descentralizadoras, em realidades específicas, e não apenas aferindo o grau de transferência de responsabilidades políticas, fiscais e administrativas do governo central para as unidades sub-nacionais de governo, que o conceito de descentralização amplia sua capacidade explicativa. Ou seja, o que é relevante é a análise do como os conflitos são 'administrados', 'manejados', e não apenas os arranjos administrativos e financeiros decorrentes de políticas descentralizadas.

Entende-se, portanto, que a implementação de políticas descentralizadoras, por envolver redistribuição territorial de poder e introduzir novos atores sociais no processo de decisão, é geradora de conflitos em todas as circunstâncias e realidades sociais, e o conceito corrente de descentralização política tem contemplado esta idéia. Contudo, os conflitos adquirem especificidades a depender do contexto histórico, social, cultural e econômico em que esta redistribuição opera. Nesse sentido, os processos de descentralização de políticas públicas em Estados federais podem, por exemplo, reforçar ou não os princípios da separação de competências, da autonomia e da participação dos níveis de governo, orientadores das Federações e que são também potenciais focos de tensão. Por esta razão, os conflitos decorrentes da implantação de políticas descentralizadoras nacionais somam-se àqueles decorrentes da própria estrutura federal, ou seja, o contexto em que esta política está sendo implantado já comporta, por si só, um substrato conflituoso, que convive na busca permanente de equilíbrio via negociação entre as partes integrantes de um Estado federal.

A separação de competências entre as esferas de governo na prestação de serviços, a disputa por recursos financeiros como requisito para a busca de maior autonomia dos governos sub-nacionais e/ou a busca de uma participação mais efetiva dos governos sub-nacionais nos processos decisórios são orientações prioritárias das políticas de descentralização, a exemplo da política de saúde no Brasil, e estas orientações guiam também, algumas vezes, a formação de consenso em Estados federais. Assim, a implantação de políticas descentralizadoras em Estados federais pode exacerbar os conflitos decor-

rentes da separação de competência, da busca de autonomia pelos entes federados e da conquista por mais participação nas decisões federais pelas unidades de governo sub-nacionais. O que está em jogo, portanto, nas Federações, é o grau de poder de cada uma das unidades de governo em seu território, para decidir e atuar de forma autônoma sem comprometer os objetivos comuns da Federação e o grau de autonomia política e de participação de cada uma delas nas decisões nacionais.

É nesta delimitação que os conceitos de federalismo e descentralização se encontram, na medida em que a convergência conceitual entre eles está no fato de tratarem-se de conceitos eminentemente políticos, que têm a ver com formas institucionais de distribuição de poder, ou seja, referem-se à divisão de poder dentro do Estado.

Neste sentido, a descentralização em estados federais é aqui conceituada como um processo político que envolve distribuição territorial de poder do Estado, gerando e/ou potencializando conflitos entre unidades da Federação, num jogo contínuo entre interesses que representam graus distintos de poder e recursos, jogo este orientado por *leitmotifs* diversos.

Este conceito de descentralização está informado pela teoria do federalismo, aqui entendida como resultado de múltiplos enfoques teóricos, e sugere que é na análise dos conflitos e enfrentamentos presentes nas relações intergovernamentais que a descentralização revela sua face política, ou seja, é quando se evidencia o quanto ela afeta as relações de poder no âmbito de Estados federais orientados por um federalismo com um determinado *'leitmotif'*.

Conclui-se, então, que o conceito de descentralização fundamentado na sua dimensão administrativa, mais freqüente na literatura, não explica os conflitos de poder entre níveis de governo, decorrentes de transferências de recursos previstas por políticas descentralizadas sem que a ela sejam agregados outros elementos teóricos relativos à natureza das relações intergovernamentais estabelecidas no âmbito de um Estado federal.

O CAMINHO CONFLITUOSO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NA BAHIA: os atores em cena

Dentre as questões mais discutidas na Comissão Intergestora Bipartite da Bahia, no período de 1993-1998, aquelas que disseram respeito à partilha de recursos financeiros foram as que mais fomentaram disputas entre o estado e os municípios e entre estes e a esfera federal, principal fonte provedora de recursos para a operacionalização do sistema único de saúde em todo o território nacional. Ao analisar as atas das reuniões da CIBE-BA e com base em uma categorização realizada sobre os temas e questões que foram objeto de discussão desta comissão no período referido, verificou-se, por exemplo, o predomínio daquelas questões tipificadas como de natureza concorrentes, por evidenciarem conflitos e disputas por recursos entre as esferas de governo. Estes temas/questões revelaram: a) conflitos entre as esferas sub-nacionais e o nível federal, em torno do poder de interferência do Ministério da Saúde sobre os estados e municípios; b) denúncias de representantes do estado e dos municípios contra o que consideraram como sendo excessos ou abusos de poder da esfera federal; c) conflitos decorrentes de insatisfações por parte dos municípios em relação ao estado (representado pela Secretaria Estadual de Saúde-SESAB), por considerar que a SESAB utilizava de expedientes protelatórios para obstaculizar o processo de municipalização da saúde no estado.⁵

⁵ Para a análise dos conflitos decisórios no âmbito da CIBE-BA realizou-se inicialmente uma categorização dos principais temas discutidos nas suas reuniões ordinárias e extraordinárias, a partir da identificação de um conjunto de questões afins. Foram selecionados três conjuntos de temas: a) técnicos; b) procedimentais; e c) concorrentes. As questões categorizadas como *técnicas* foram aquelas relacionadas a projetos ministeriais e/ou estaduais, ao processo de planejamento e acompanhamento dos seus instrumentos e a projetos de capacitação de recursos humanos. As questões de *natureza concorrentes* referiram-se a conflitos de poder entre as esferas federais, estaduais e municipais que chegaram à CIBE-BA na forma de denúncia. E as questões *procedimentais* referiram-se a análises de processos de habilitação, sobre a Norma Operacional Básica, sobre as propostas/avaliações de eventos, sobre decisões do Ministério da Saúde e sobre a apreciação de processos de prestações contas de municípios. Assim, esta categorização possibilitou o levantamento da frequência com que estas questões foram tratadas nas 41 reuniões da CIBE-BA. Foram também realizadas entrevistas semi-estruturadas com todos os integrantes da CIBE-BA no período.

Em contraposição a estes resultados, obtidos através das análises das atas das reuniões da CIBE-BA, a maioria dos seus integrantes, ao serem entrevistados, admitiu que o processo decisório no âmbito da CIBE-BA fora orientado com base em critérios técnicos, os quais, para eles, propiciaram análises caracterizadas como 'neutras', ou seja, como sendo desprovidas de interferências político-partidárias.

Argumento, porém, que uma decisão sobre transferências de recursos para a saúde, pautada em critérios técnicos, embora não necessariamente neutra, deve levar em conta variáveis epidemiológicas, demográficas e/ou econômicas e sociais dos municípios. Estas variáveis subsidiam avaliações sobre as necessidades de saúde de populações, bem como determinadas condições dos municípios para gerenciarem seu sistema local de saúde. Aliás, são estas análises que estão previstas para ocorrerem, no âmbito desta comissão, pelas Normas Operacionais Básicas. No entanto, nas atas não encontram-se registros desta natureza, tampouco sobre critérios considerados técnicos, que informassem as decisões sobre as transferências de todos os recursos, não só financeiros, do nível federal e estadual para os municípios, e/ou para organizações prestadores de serviços complementares de saúde (filantrópicas e/ou privadas) previstas pela Lei Orgânica da Saúde. Assim, por exemplo, nas discussões sobre o quantitativo de cotas de Autorizações para Internações Hospitalares (AIHs) a ser distribuído entre as unidades hospitalares públicas, estaduais e municipais, filantrópicas e privadas conveniadas com o SUS, não se constatou considerações sobre dados relativos à situação epidemiológica dos municípios do estado em que se situam estas unidades, bem como sobre as suas capacidades instaladas, para o dimensionamento da oferta do número de leitos e, por conseguinte, para a definição do número máximo de cotas de AIHs a elas destinado. Depoimento de um representante do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (CONESEMS), integrante da CIBE-BA, entre 1993 e 1996, apontou para a possibilidade de que as decisões processadas no âmbito da CIBE-BA tivessem pouca relevância em relação às transferências de recursos para os município, insinuando que as decisões mais importantes poderiam estar sendo tomadas em outros níveis de decisão, no âmbito federal e/ou estadual:

- Na prática, o que se passava na Bipartite não era coisa que bulisse tanto com interesses... Passavam coisas que podiam passar... Por que o teto não era discutido? vai dar o teto para setor público ou privado? Isso eu nunca vi passar. (...) O que passavam eram coisas mais simples. A criação da organizações sociais passou na Bipartite? Em nenhum momento. (...) Vai dar AIH para fulano, vai tirar AIH de fulano, vai tirar x de fulano? Qual é o critério de entrada dessas AIHs? Não, depois que estava tudo lá definido, aí que ia para a Bipartite (...) Agora, aquele exame técnico, eu nunca vi (...) Vamos usar critério para definir teto? A prioridade é qual município? Vamos deixar de dar o teto para o setor privado? Nunca vi essa definição (Representante do CO-NESEM na CIBE-BA; Entrevista concedida em outubro de 1997).

De acordo com a Norma Operacional Básica 1/96, compete às CIBEs emitir parecer técnico sobre solicitações de municípios para se habilitarem a gestores do SUS e sobre demandas de outras organizações, filantrópicas, privadas e/ou não governamentais, por recursos federais. Somente após a apreciação técnica da CIBE o Ministério da Saúde poderá atender e/ou aprovar ou não estas solicitações e demandas. Contudo, a pesquisa revelou que o próprio Ministério não obedecia às suas próprias normas. Exemplo desta situação encontra-se registrada em ata da reunião da CIBE-BA, quando os representantes estaduais e municipais repudiaram decisão do Ministério da Saúde, considerada por eles como centralizadora, em repassar, diretamente para o Hospital Ana Nery,⁶ recursos financeiros para aquisição de equipamentos, sem que esta necessidade tenha sido analisada e aprovada anteriormente pela CIBE-BA. Os representantes da CIBE-BA consideraram esta decisão, além de ambivalente, impositora: “o Ministério vem atuando, empurrando as coisas de cima para baixo, sem considerar a CIBE”. Por esta razão, solicitaram que fosse encaminhado um ofício às instâncias do Ministério da Saúde denunciando tais procedimentos “(Ata nº14: 29/02/96 e Ata nº 15: 21/03/96.)”.

Neste contexto, foram também evidenciadas insatisfações por parte de representantes das esferas estadual e municipal quanto ao desempenho do Ministério da Saúde, no período, frente ao processo de implementação da descentralização da saúde. Para eles, o Ministério da Saúde, em alguns momentos, fomentava a total autonomia des-

⁶ O Hospital Ana Nery pertencia ao governo federal – gerenciado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social através do extinto INAMPS- e já naquele ano de 1996 estava sendo transferido para o estado da Bahia e encontrava-se sob a responsabilidade da SESAB.

tas instâncias de governo em relação à gestão do sistema de saúde, e em outros, reforçava seu poder de controlar todo o processo, através de um excessivo número de procedimentos normativos editados e implantados. Estas questões foram aquelas que mais fomentaram conflitos entre o estado e município de um lado, e, de outro, a esfera federal.

Por outro lado, vale a pena destacar que, em razão do processo de descentralização também envolver interesses da esfera federal para a implementação da reforma de Estado brasileiro, muitas das transferências previstas foram traduzidas como sendo redução das responsabilidades do Estado central para com a prestação de serviços públicos.⁷ Uma forma de interpretar estas transferências nesta direção veio, paradoxalmente, do representante de um setor, que, em tese, poderia se beneficiar desse processo, o setor privado prestador de serviços ao SUS:

(...) o Ministério está querendo municipalizar. O Ministério está querendo, digamos assim, se eximir, num futuro bem próximo, da sua função dentro da saúde. Isso está sendo muito claro, está se vendo perfeitamente que o Ministério tem um interesse muito grande em passar o mais imediato possível a responsabilidade para os municípios e ficar fora (...) “(Representante dos prestadores privados de saúde, entrevista em 15 de outubro de 1997)”.

Contudo, numa leitura mais apurada, é possível inferir que a interpretação do representante dos prestadores privados de saúde aponta para disputas entre este setor e os municípios, na medida em que o que parecia estar em jogo não era o fato da esfera federal se desresponsabilizar da prestação de serviços de saúde, como atribuiu o entrevistado, mas a possibilidade do município vir a assumir com mais autonomia a gestão do sistema de saúde. Acresce a esta inferência o fato de que não há registros de nenhuma manifestação nesse sentido, por parte destes mesmos representantes, sobre as transferências da gestão de hospitais para grupos privados através de Organizações Sociais (OS), defendidas pelo governo do estado da Bahia, naquele período, quando esta questão fora discutida no CES-BA. Naquela ocasião, esta proposta fora recebida com fortes resistências por parte de repre-

⁷ Fazem parte desse processo de descentralização a flexibilização administrativa da gestão pública, a terceirização de serviços públicos, além de transferências de bens públicos para o setor privado, ou seja, a privatização.

sentantes dos sindicatos dos trabalhadores de saúde e da universidade, que consideraram ser este modelo de OS uma privatização velada da assistência hospitalar, tendo sido aprovada pelos representantes do estado e do setor privado da saúde.⁸

Vale ainda registrar que até o ano de 1997 o processo de descentralização da saúde não havia gerado as transferências de recursos financeiros do nível federal para os estados e municípios, e os embates verificados, sejam no âmbito do CES-BA como do da CIBE-BA, estiveram pautados em críticas, por parte dos representantes dos municípios e daqueles setores que apoiavam a municipalização da saúde, ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Saúde Estadual, contra a morosidade na implementação deste processo, sobretudo contra a indefinição acerca do repasse de recursos financeiros.

Esta situação, vivenciada pela maioria dos estados brasileiros, culminou com um movimento liderado pelos Conselhos Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Saúde, para pressionar o governo federal a cumprir o previsto em lei em relação às transferências de recursos financeiros para implantação do SUS nos estados e municípios.

Após negociação entre o governo federal, o CONASS e o CONASEMS, foi definido o valor per capita de R\$ 10,00 habitante/ano a ser repassado para os municípios habilitados a gestores do SUS, de forma automática e regular (mensalmente), do fundo nacional de saúde para os fundos municipais de saúde. Este montante constituiu-se no Piso de Atenção Básica-PAB, e sua institucionalização gerou um aumento

⁸No estado da Bahia a lei N. 7.027, de janeiro de 1997, instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, posteriormente regulamentados pelo Decreto N. 7 007, de novembro do mesmo ano. No âmbito federal, a Lei N. 9.637, de 15 de maio de 1998, dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção de órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. A OS é definida no estado da Bahia como “pessoa jurídica de direito privado, constituída sob a forma de associação, fundação ou sociedade civil sem fins lucrativos que, atendidos aos requisitos da Lei Estadual N. 7.027, de 29 de janeiro de 1997, se habilita, mediante a assinatura de um contrato de gestão, a absorver atividade pública, administrando serviços, instalações e equipamentos pertencentes ao Poder Público, e recebendo recursos orçamentários necessários ao seu funcionamento” (Bahia, 2002).

expressivo do número de adesão de estados e municípios em todo o país ao processo de descentralização da saúde. O estado da Bahia, em particular, sai da situação do mais atrasado em termos do número de municípios habilitados para um dos mais avançados, conforme os dados levantados pela pesquisa. Até o ano de 1996 apenas 25 municípios dos 415 existentes no estado, no período, estavam habilitados a gestores do SUS. No período de 1997 e 1998 este número passou para 351 municípios.

Esta rápida intensificação de solicitações por parte dos municípios para habilitarem-se a gestores do SUS, após a definição pelo nível federal do repasse automático do Piso de Atenção Básica, foi identificada nas atas da Comissão Bipartite do ano de 1998. Foram aprovadas, em uma reunião de duas horas, com outros itens na pauta, solicitações de 67 municípios. Numa outra reunião, foram aprovadas solicitações de 57 municípios na condição de gestão plena da Atenção Básica.

Por outro lado também não se constitui surpresa o fato de que os conflitos identificados entre as instâncias sub-nacionais e a esfera federal tivessem ocorrido em razão das transferências de poder decisório e de recursos financeiros. Isto porque captar recursos financeiros e buscar autonomia decisória constituíram-se nas duas razões principais que conduziram municípios e estados a aderirem ao processo de descentralização da saúde, seja pelas suas carências de recursos, seja pela busca de maior autonomia política para manejarem os recursos públicos.

Esta situação foi constatada no depoimento da maioria dos entrevistados que, ao serem indagados sobre as razões que motivaram os municípios a aderirem ao processo de descentralização da saúde no estado da Bahia, deram respostas semelhantes à que se segue:

a visão da maioria dos prefeitos é de que, municipalizando, eles recebem recursos. Cai no ouvido dos prefeitos que se tem um tal de PAB, [cujo valor é definido pelo número de habitantes], que vai receber um determinado recurso para o município... então, na maioria das vezes, os prefeitos estão preocupados não em municipalizar a saúde. Eles estão preocupados em receber os

recursos (...) a maioria dos municípios são carentes de recursos, então desemboca nisto (...) (Secretário Municipal de Saúde, entrevista jan/1998)⁹

Esta situação também se repetiu no âmbito do Conselho Estadual de Saúde, ao se constatar que os recursos financeiros foram aqueles que geraram mais conflitos entre o estado, municípios e governo federal e também aqueles que deram margem a moções do CES-BA contra a forma como o Ministério da Saúde vinha conduzindo este processo de descentralização, principalmente em relação às decisões sobre o montante de recursos destinados ao estado da Bahia para aplicar na saúde. Na análise do conteúdo das discussões que contemplaram o tema “transferências de recursos financeiros”, identificaram-se críticas sobre decisões do MS consideradas pelos conselheiros como dificultadoras do processo de descentralização, tais como: cortes/glosas de AIHs (Autorização de Internações Hospitalares); definição do teto orçamentário do estado da Bahia; retardo no repasse de recursos financeiros para o estado e os municípios, bem como critérios considerados injustos para os cálculos de valores a serem transferidos para o estado da Bahia.

Estes dados reforçam a centralidade que os recursos financeiros adquirem nesse processo de descentralização da saúde, ao se constituírem no principal fator motivador para a adesão do estado e dos municípios à descentralização da saúde, ainda que não se possa minimizar o poder atrativo de outros recursos que contribuam para assegurar uma maior autonomia destas instâncias na operacionalização do sistema de saúde em seus respectivos territórios.

CONFLITOS ENTRE A ESFERA ESTADUAL E A MUNICIPAL: jogo de poder e disputas político-partidárias

Os conflitos decorrentes dos embates entre representantes dos municípios e os da esfera estadual, representada pela SESAB, predominaram no âmbito da CIBE-BA, e muitos deles decorreram de de-

⁹ PAB é o Piso de Atenção Básica que foi implementado a partir do ano de 1998, é equivalente a R\$ 10,00 habitante ano, transferido pelo nível federal (Ministério da Saúde) de forma automática e regular para os municípios habilitados a gestores do SUS na condição Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal de acordo com a NOB1/96.

núncias, procedentes dos municípios, que imbuídos da condição de instância executora do SUS, reivindicavam mais autonomia e melhores condições técnica, administrativa e financeira, e reclamavam de medidas centralizadoras e autoritárias tanto por parte do nível federal como por parte do estado federado.¹⁰

Esta nova situação, gerada pela proposta de descentralização, fomentou novos conflitos entre o estado e os municípios, e, neste contexto de enfrentamentos, foram reveladas manifestações de desconfianças, tanto por parte dos municípios em relação às outras esferas de governo, por receios de não contarem com o aporte de recursos financeiros considerados necessários para responderem às novas competências decorrentes da política de descentralização, quanto por parte da esfera federal e principalmente da esfera estadual, que consideravam os municípios incapazes de assumirem as prerrogativas definidas pela Lei Orgânica da Saúde.

Contudo, vale registrar que as manifestações de desconfiança estiveram presentes nos discursos dos representantes de todas as esferas de governo. O nível federal demonstrou “desconfianças” em relação ao nível estadual, e vice-versa, enquanto os dois “desconfiavam” do nível municipal e este “desconfiava” tanto de um quanto do outro. Assim, as desconfianças das esferas estadual e municipal em relação ao nível federal se manifestaram em função do entendimento de que a descentralização da saúde poderá vir a resultar no deslocamento do nível federal de sua responsabilidade de prover a assistência à saúde, transferindo mais encargos do que recursos para os estados e municípios, daí porque atribuíam a essa esfera o maior interesse pela municipalização da saúde. De outro modo, as desconfianças dos níveis federal e estadual em relação aos municípios ocorreram pela convicção de que estes não tinham, na sua maioria, capacidade técnica e gerencial para assumirem a gestão do sistema de saúde no seu território, além de serem mais permeáveis às influências político-partidárias locais. Já as esferas federal e municipal desconfiavam dos estados membros por admitirem o fato de que a descentralização ao favorecer a perda de uma parcela do seu poder de manejar recursos, poderia comprometer

¹⁰ Estas denúncias foram apresentadas oralmente ou de forma escrita à CIBE-BA, procedente principalmente de secretários municipais e conselheiros municipais de saúde.

o interesse dos representantes estaduais em estimularem o aprofundamento da municipalização da saúde entre os municípios da sua região. A razão de tais desconfianças está, portanto, na dependência do grau de poder e de recursos que detém cada esfera de governo.

As questões que mais geraram enfrentamentos e constrangimentos no processo decisório no âmbito da CIBE-BA foram aquelas que evidenciaram dificuldades na relação entre representantes do estado (SESAB) e dos municípios, o que demonstra o quanto o momento de implementação das transferências é gerador de novos conflitos entre os estados federados e os municípios, justamente porque estas transferências representam um certo esvaziamento do poder da esfera estadual no manejo de recursos para a saúde, ainda de difícil assimilação por parte dos representantes dessa unidade de governo.

É também relevante o achado de que, no cômputo geral, foram as disputas entre estado e municípios que mais prevaleceram, ou seja, do número total de questões discutidas nas 41 reuniões da CIBE-BA realizadas no período da pesquisa, a grande maioria esteve relacionada a problemas relativos às disputas entre os municípios e o estado.

Neste processo, vale também ressaltar um número significativo de denúncias registradas nas atas das reuniões da CIBE-BA sobre favorecimentos ou perseguições a municípios, incluindo aquelas relativas à cessão de unidades hospitalares estaduais para os municípios. Foi também considerado inaceitável pelos gestores municipais o fato de determinadas demandas municipais, encaminhadas pelos seus respectivos secretários de saúde, não serem atendidas pela SESAB sem justificativa clara, ou serem proteladas através do uso de determinados expedientes por parte de órgãos da SESAB, segundo registros em atas da comissão. Um desses fatos está registrado na ata nº 13 (11/01/1996) quando o secretário de saúde do município de Jacobina-BA pede seu afastamento desta comissão Bipartite por não concordar com seu funcionamento e com as perseguições atribuídas a seu município, colocadas nos seguintes termos:

Sirvo-me do presente para solicitar o meu afastamento da Comissão Intergestoras Bipartite-CIBE-BA. Aproveito a oportunidade para fazer ciente aos meus pares e aos demais Secretários Municipais de Saúde, a quem orgulhosamente represento perante esta CIBE, até esta data, que tomo a presente atitude por não concordar com a perseguição que vem sendo imposta ao povo

de Jacobina, que há três anos não consegue credenciar o seu Hospital Municipal, junto ao SIA-SUS (contrariando todas as Leis em que regem do SUS, onde o serviço credenciado e contratado é suplementar ao serviço público) e também por não conseguir a cessão de uso das Unidades de Saúde de Estado (Postos de Atendimento Básico a Saúde na zona rural), conforme solicitado através de documentos protocolados nesta SESAB. Assinado por Rui Matos Macedo (Ata no. 13 -11/01/96).

Outra situação registrada refere-se a uma denúncia procedente do município de Medeiros Neto, que foi levada à Comissão Tripartite (âmbito federal), assinada pelo seu então Secretário Municipal de Saúde, sugerindo que houve rejeição ou negligência por parte dos membros da CIBE-BA na análise da solicitação do município de Medeiros Netos para habilitar-se a gestor do SUS. Alegou o secretário municipal que a CIBE-BA utilizava procedimentos diferentes para a análise das solicitações procedentes dos municípios. Agilizava as decisões para alguns e para outros utilizava-se de expedientes protelatórios (Ata nº 42: 30/03/98). Vale registrar que tanto o prefeito do município de Jacobina quanto o de Medeiros Neto eram, na época, de partidos considerados de oposição ao governo estadual.

Do mesmo modo, foram sugeridas, pelos entrevistados, situações de privilégio na distribuição de recursos e bens do estado para alguns municípios, que à época eram governados por prefeitos aliados do governo estadual, ou dificuldades impostas a outros municípios cujos prefeitos eram considerados não aliados. No ano de 1997, a ex-secretária de saúde do município de Catu (período de 1993-1995) reconheceu, em entrevista, que sua gestão naquele município havia sido mais 'apoiada' pelo governo estadual e pela SESAB do que a sua gestão em São Sebastião do Passé, cujo prefeito era, à época, do PMDB, oposição ao governo estadual:

Catu era na verdade partido do governo(...) Essa situação possibilitou totalmente. (...) Evidentemente porque era partido do governo... (...) Em São Sebastião, as coisas pra mim foram mais "difíceis"(entrevista concedida em setembro de 1997).

Favorecimentos e/ou perseguições a municípios foram identificados nas análises das atas das 41 reuniões realizadas pela CIBE-BA, num total de 11 denúncias, sendo que a maior concentração se encontra justamente em 1998, quando foram apresentadas sete denúncias, todas encaminhadas pelos representantes do CONESEMS. Chama a atenção que, neste período, o programa de habilitação dos municípios a gestores do SUS parecia não mais se constituir em

a gestores do SUS parecia não mais se constituir em elemento de disputas entre estas esferas; pelo contrário, havia uma clara determinação política do governo estadual de que era necessário avançar no programa de habilitação. Possivelmente em função das eleições majoritárias que ocorreram naquele ano e pela possibilidade de uma nova configuração do poder político no âmbito do estado, o processo sofreu interferências. Contudo, alguns entrevistados, particularmente aqueles que por força dos seus cargos institucionais ou de representações se relacionavam mais diretamente com os representantes do legislativo estadual, a exemplo do secretário estadual, do presidente do CONE-SEMS e de assessores técnicos da então Assessoria de Planejamento (ASPLAN) SESAB, confirmaram a existência de ‘tentativas’ do legislativo estadual de interferir nas decisões sobre a habilitação de determinados municípios. No depoimento do então secretário estadual, José Maria Magalhães Netto, pode-se observar a utilização de uma rede de influência ascendente, ou seja, quando os prefeitos dirigem-se a deputados, que dirigem-se aos senadores e estes retornam ao secretário estadual para que o pleito do município seja atendido:

(...) Porque o que eles querem é interesse deles, interesse eleitoral deles. Eles não estão visando a saúde de ninguém. Estão querendo é voto. Então tem alguns até que... Outro dia eu recebi... Meu irmão, senador, mandou um fax, em que ele reproduzia uma queixa de um correligionário, eu tomei até por muito elogiosa, que eu era técnico, não era político, por isso não “entendia” os problemas, e não o “atendia”. Eu mandei levantar, e mandei um fax para o senador, “O que ele quer é isso... E aí, eu não seria técnico, não, eu seria incriminado pelo Tribunal de Contas. Apenas isso. (Entrevista em 10 de outubro de 1997)

Do mesmo modo, verificou-se um número significativo de denúncias contra os diretores Regionais de Saúde, inclusive procedentes de representantes da própria SESAB, por considerá-los incapazes de atuarem como supervisores dos municípios neste processo de municipalização da saúde, e outras, procedentes dos representantes municipais, que apontavam ações de boicote por parte destes diretores ao processo de municipalização.¹¹

¹¹ No estado da Bahia, existem 30 Diretorias Regionais de Saúde com sede em municípios de médio e grande porte do estado. Embora, a partir do processo de municipalização, estas Diretorias venham perdendo gradativamente seu poder gerenciador das ações e serviços de saúde em suas regiões e as próprias programações da SESAB já não as tomem como base programática, elas continuam

É importante destacar que esses diretores são indicados pelo governador e considerados pessoas de confiança do governo, sendo, na sua maioria, líderes políticos a serviço das agremiações partidárias que representam em suas regiões. Por esta razão, mesmo tendo sido já bastante esvaziadas suas competências e funções, com o processo de municipalização da saúde, ainda não foi possível extinguir as Diretorias Regionais de Saúde, há mais de dez anos do início do processo de municipalização da saúde no estado da Bahia. A SESAB também se ressentia do apoio desses diretores no processo de supervisão dos municípios, e esta própria instância também não dispõe de muito espaço de atuação num momento em que muitos municípios estão se tornando mais autônomos em relação à gestão dos serviços de saúde no seu território.

Contudo, extinguir esta instância, que se coloca como intermediária entre o chamado 'nível central', a Secretaria Estadual de Saúde, e o 'nível local', os municípios, implica em retirar atores importantes do jogo político existente no território estadual, como os diretores regionais, com capacidade política para influenciar as decisões sobre alocação de bens e recursos públicos de saúde.

Por fim, vale ressaltar que, no bojo dos conflitos presentes no processo de implementação da descentralização da saúde, foram identificadas denúncias sobre a atuação de secretários municipais de saúde que supostamente utilizaram-se da sua condição de membros da CIBEBBA para beneficiar seus municípios. Esta situação evidenciou disputas entre os próprios municípios, que buscavam se beneficiar o máximo possível da distribuição de recursos promovida pela descentralização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo empírico realizado no âmbito do Conselho Estadual de Saúde, e em particular no da Comissão Intergerencial Bipartite do Estado da Bahia, possibilitou levantar evidências sobre a presença de conflitos no processo de decisão sobre as transferências de recursos decorrentes da descentralização da saúde. O conjunto de situações

existindo e os cargos de Diretor Regional ainda continuam sendo disputados por líderes políticos regionais no estado.

levantadas e discutidas neste artigo suscita algumas reflexões acerca do processo decisório e dos conflitos fomentados pela descentralização entre as esferas de governo da Federação brasileira.

Em primeiro lugar, destaca-se a centralidade das transferências financeiras dentro do conjunto de transferências previstas pela política de descentralização de saúde, numa evidência de que as disputas entre as esferas de governo, num contexto de desigualdades regionais e de carências como o da Federação brasileira, têm como foco principal de interesse estes recursos. Ou seja, as esferas sub-nacionais restringem seus interesses para com a implantação de políticas públicas no âmbito regional e local ao quantitativo de recursos financeiros a ser captado da esfera federal. Por esta razão, são estes recursos, que, paradoxalmente, geram mais conflitos e também viabilizam a construção de amplas alianças entre as esferas estadual e municipal e entre prestadores e usuários de serviços de saúde, na medida em que, neste processo de captação de recursos da União, as esferas sub-nacionais e os atores envolvidos alinham seus objetivos quando se trata de aumentar suas receitas e confrontam-se, quando se trata de partilhar encargos com a operacionalização do SUS, como prevê o princípio da complementaridade que orientou a engenharia institucional deste sistema.

Esta constatação explica as razões porque uma política como a da descentralização da saúde, deliberada, de caráter nacional, mesmo tendo contado no momento de sua formulação com uma forte coalizão e com um arcabouço jurídico normativo definido e regulamentado, continua gerando conflitos de poder no momento de implementação das transferências de recursos dela decorrentes.

Outra explicação para a permanência desta lógica nas relações intergovernamentais, evidenciada no estudo empírico, encontra-se no quadro de desigualdades e de carências dos municípios do estado da Bahia, quadro que favorece uma política de descentralização da saúde que se apresente, tanto para a maioria dos municípios, quanto para a esfera estadual, como uma possibilidade concreta de captar recursos financeiros da União, elevando a motivação dos municípios a se habilitarem a gestores do SUS em função do aumento de ingressos de recursos financeiros para serem aplicados na saúde no seu território.

Os resultados confirmam que a descentralização, por estar relacionada com a divisão territorial do poder, é sempre conflituosa, complexa e de difícil operacionalização, mesmo que sua inclusão na agenda do governo seja resultado de coalizões políticas fortes. Além disso, a descentralização de políticas públicas como a da saúde, em sistemas federativos com as características do brasileiro, com uma forte heterogeneidade e desigualdade intra e interregionais, não promove cooperação ou construção de relações de confiança entre unidades de governo e as transferências previstas acirram ainda mais os conflitos entre estas unidades e entre diferentes grupos da sociedade, contrariando a visão normativa sobre a descentralização, que a trata como sendo um processo essencialmente virtuoso, ou uma visão que restringe a descentralização a uma dimensão meramente administrativa.

Do mesmo modo, observou-se que, apesar de este processo estar consubstanciado em normas federais, foram as questões que levantaram disputas e aspectos concorrentes entre o estado e os municípios que predominaram na agenda decisória das instâncias colegiadas do estado da Bahia. Assim, as pretensões virtuosas da descentralização da saúde que apontam para decisões das instâncias colegiadas estaduais baseadas em critérios considerados técnicos, ou seja, instruídos por normas pré-estabelecidas, não foram comprovados no estudo empírico, o qual, pelo contrário, evidenciou um processo decisório permeado de desconfianças e de manifestações de insatisfações e de disputas entre os representantes das esferas estadual e municipal e de outros setores sociais representados.

Além disso, os conflitos sobre as transferências de recursos financeiros também confirmaram a insuficiência das normas administrativas para assegurar uma pretensa neutralidade técnica nestas decisões e para regular a complexidade dos fatores que envolvem a descentralização e o conjunto de interesses que se configura quando se trata de redistribuir recursos entre unidades de governo e entre grupos distintos da sociedade envolvidos com a prestação de serviços de saúde. Neste sentido, ao contrário do que prevêem as visões normativas sobre a descentralização, este processo está longe de ser promotor de ações harmoniosas e pactuadas, em particular em países federais. Isto porque tanto a descentralização como o federalismo geram conflitos, contradições e problemas de ação coletiva.

(Recebido para publicação em setembro de 2003)

(Aceito em novembro de 2003)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec/ Departamento de Ciência Política, USP. 1998. 253p.

ABRUCIO, Fernando. Os descaminhos da Democracia. In: Quem és tu, Federação? RUMOS, Os caminhos do Brasil em Debate. Fundação da Comissão para as Comemorações do V Centenário do Descobrimento do Brasil, n. 2, Mar/Abr.1999.

AFONSO, Rui de Brito Álvares, SILVA, Pedro Luíz Barros (Orgs.). *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP., 1996. 376p. (Série Federalismo no Brasil).

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo e políticas sociais. In: AFONSO, Rui de Brito Álvares ; SILVA, Pedro Luiz Barros (Org.) *Descentralização e Políticas Sociais*. São Paulo: FUNDAP., 1996. p.13-37. (Série Federalismo no Brasil).

ARRETCHE, Marta. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo'. UNESP, São Paulo. Apresentado no ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DE ESTUDOS LATINO AMERICANO, 21. Chicago: Ilinos, set. 1998. p. 24-26 (mimeo).

AZEVEDO, Sérgio de, ANDRADE, Luiz Aurelino G. A reforma do Estado e a questão federalista: reflexões sobre a proposta Bresser Pereira. In: DINIZ, Eli; AZEVEDO, Sérgio. (Orgs.). *Reforma do Estado e democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997. p.55-83.

BRASIL. 'Lei N° 8080/90', *Diário Oficial da União*, Brasília: 182:185, setembro, 1990.

BRASIL. 'Lei 8.142', *Diário Oficial da União*, Brasília: dezembro, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de fazer cumprir a lei*. Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. p.67.

BRASIL, Senado Federal. *Constituição, 1988*. República Federativa do Brasil, Brasília: Senado Federal, 1988.

BURGESS, Michel. Federalism as Political Ideology: Interests, Benefits and Beneficiaries in Federalism and Federation. In: _____, GAGNON, Alan (Org). *Comparative Federalism and federation*. Competing traditions and future directions. Great Britain: Harvester/ Wheatsheaf. London, 1993. p. 102-113.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde, Comentários à Lei Orgânica da saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)*. São Paulo: Hucitec, 1994. 371p.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. *Revista Lua Nova*, São Paulo, n. 19, 1989.

COHN, Amélia. Descentralização, saúde e cidadania'. *Revista Lua Nova*, São Paulo, n. 32, p. 15, 1994.

COSTA, N.R, SILVA, P.L.B; RIBEIRO, J.M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. : *Revista do Serviço Público*. v. 50, n. 3, p. 33-35, jul/set. 1999.

DINIZ, Eli. Governabilidade, democracia e reforma do Estado: Os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90. DINIZ, Eli (Org.) O desafio da democracia na América Latina. SEMINÁRIO INTERNACIONAL: REPENSANDO AS RELAÇÕES ESTADO/SOCIEDADE. *Anais...* Rio de Janeiro: IUPERJ, 1996. p.162-189.

- ELAZAR, Daniel J. *Federal systems of the world: a handbook of federal, confederal and autonomy arrangements*. Harlow: Inglaterra: Longman, 1991.
- FIORI, José Luis. Globalização econômica e descentralização política: um primeiro balanço. *Ensaio FEE*, Porto Alegre, v. 15, n. 2.
- GERSCHMAN, Sílvia. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 417-434, 2001.
- GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. *Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais*, Bahia, 1993-1998, 2000. Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador.
- MENDES, Eugênio.Vilaça. *O sistema de serviços de saúde no Brasil: situação atual e perspectivas*. Texto apresentado à Organização Panamericana de Saúde, 1998. [on-line < <http://www.ops.org.br/serviço>>, capturado em 20.jun. 2000.
- MÉDICI, André. Descentralização e gastos em saúde. In: AFONSO Rui de Brito Álvares e SILVA, Pedro Luiz Barros (Orgs.) *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996. p.297-376. (Série Federalismo no Brasil).
- RIKER, Willian. *Federalism: origin, operation, significance*. Boston: Little Brown, 1964.
- SILVA,P, L. A natureza do conflito Federativo no Brasil. In: DINIZ, Eli; AZEVEDO, Sérgio (Org.). *Reforma do Estado e democracia no Brasil*. Brasília: UNB, 1997. p. 333-360.
- SILVA,P, L. Descentralização e crise da Federação. In: AFONSO, Rui de Brito Alves; SILVA, Pedro Luiz de Barros (Org.). *A Federação em perspectiva - ensaios selecionados*. São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 261-283.
- SMITH, B.C. *Decentralization: the territorial dimension of the state*. London: George Allen & Unwin Ltda, 1985.
- SOUZA, Celina. Democracia, Participação social e funcionamento das instituições: situação e perspectivas da federalização do desenvolvimento. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 15-35, 1992.
- SOUZA, Celina. Intermediação de Interesses regionais no Brasil: O impacto do federalismo e da descentralização', *DADOS*, Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro: IUPERJ, v. 41, n. 3, 1998.
- SOUZA, Celina. *Constitutional change in Brazil: political and financial decentralisation, 1981-1991*, 1995. Tese (Doutorado em Filosofia) - London School of Economics and Political Science Department of Government, Londres.
- VIANA, Ana Luíza d' Ávila. SUS: entraves à descentralização e propostas de mudanças. In: AFONSO Rui de Brito Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Org). *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP. (Série Federalismo no Brasil), 1996. p. 269-295.